https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129

Artículo de Investigación | Research Article

Volumen 20 Número 2

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CANNABINOIDES: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS DURANTE EL PERÍODO 2021-2024 EN CHILE.

BEHAVIORAL DISORDERS INDUCED BY CANNABINOID USE: AN EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF HOSPITAL DISCHARGES IN CHILE DURING THE PERIOD 2021–2024.

Augusta Fontaine S (1), Sophia Aldunate G (2), Rubén Contreras M (3), Gabriel Lovera R (4), Daniela Peña C (5), Enrique García P (5)

(1) Medica Cirujana, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.
(2) Medica cirujana, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile.
(3) Médico cirujano, CESFAM Santa Teresa de los Andes, San Joaquín, Santiago de Chile.
(4) Médico cirujano, CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, Pudahuel, Santiago de Chile.
(5) Estudiante medicina de la Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

Recibido el 04 de junio de 2026.
Aceptado el 14 de septiembre de 2026.
Publicado el 31 de octubre de 2026.
Correspondencia: Augusta Fontaine Subercaseaux
Correo: Augustafontaine@gmail.com

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

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129

Artículo de Investigación | Research Article

Volumen 20 Número 2

Resumen

Introducción: El consumo de cannabis es un problema creciente de salud pública. La evidencia internacional describe aumentos de hospitalizaciones tras la apertura de mercados regulados, escenario ausente en Chile.

Objetivo: Estimar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por trastornos del comportamiento debidos al uso de cannabinoides en Chile entre 2021 y 2024, según sexo, grupo etario y año.

Materiales y métodos: Estudio observacional transversal de los egresos con diagnóstico principal F12 (CIE-10) en población de 20 a 79 años (N=590), con datos del DEIS y de las proyecciones de población del INE. Se calcularon tasas con intervalos de confianza del 95%, razones de tasas (IRR), regresión de Poisson y pruebas no paramétricas.

Resultados: La TEH del período fue 1,04 por 100.000 habitantes-año (IC 95%: 0,95–1,12), sin variación entre años (p=0,350). Los hombres presentaron una tasa 2,60 veces superior a las mujeres (IC 95%: 2,17–3,11), y el grupo de 20 a 29 años alcanzó 3,16 por 100.000. La mediana de estadía fue 12 días, sin diferencias por sexo ni año.

Discusión: La estabilidad de la tasa, en un contexto de prevalencia de consumo estable o en descenso, contrasta con el incremento descrito en contextos de comercialización reciente.

Conclusión: Los hombres de 20 a 29 años constituyen un grupo de riesgo delimitado, hacia el cual conviene orientar la pesquisa y el tratamiento precoz.

Palabras clave: Cannabis; Chile; Hospitalización; Psiquiatría; Trastornos Relacionados con Sustancias.

REVISTA ANACEM

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129

Artículo de Investigación | Research Article

Volumen 20 Número 2

Abstract

Introduction: Cannabis use is a growing public health concern. International evidence describes increases in hospitalizations following the opening of regulated markets, a scenario absent in Chile.

Objective: To estimate the hospital discharge rate (HDR) for behavioral disorders due to cannabinoid use in Chile between 2021 and 2024, by sex, age group and year.

Materials and Methods: Observational cross-sectional study of discharges with a principal diagnosis of F12 (ICD-10) in the population aged 20 to 79 years (N=590), using data from the DEIS and INE population projections. Rates were calculated with 95% confidence intervals, along with incidence rate ratios (IRR), Poisson regression and non-parametric tests.

Results: The HDR for the period was 1.04 per 100,000 person-years (95% CI: 0.95–1.12), with no variation across years (p=0.350). Men showed a rate 2.60 times higher than women (95% CI: 2.17–3.11), and the 20–29 year age group reached 3.16 per 100,000. Median length of stay was 12 days, with no differences by sex or year.

Discussion: The stability of the rate, in a context of stable or declining use prevalence, contrasts with the increase described in settings of recent commercialization.

Conclusion: Men aged 20 to 29 years constitute a delimited risk group, toward which early detection and treatment should be directed.

Keywords: Cannabis; Chile; Hospitalization; Psychiatry; Substance-Related Disorders.

REVISTA ANACEM

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129
Artículo de Investigación | Research Article
Volumen 20 Número 2

Introducción

El consumo de cannabis se ha consolidado como un problema relevante de salud pública a escala global, con un incremento sostenido durante las últimas décadas que lo sitúa como la tercera sustancia psicoactiva más consumida, únicamente superada por el alcohol y la nicotina (1,2). Este crecimiento ha venido acompañado de la expansión del trastorno por consumo de cannabis (cannabis use disorder, CUD), definido por un patrón persistente de consumo pese a consecuencias adversas en las esferas física, psicológica y social (2).

Buena parte de ese aumento se ha atribuido a transformaciones del entorno regulatorio y comercial. La legalización y comercialización en diversos países se ha acompañado de una disminución de la percepción de riesgo y de una mayor disponibilidad de productos con concentraciones elevadas de tetrahidrocannabinol (THC) (3,4). En Canadá, el seguimiento de las hospitalizaciones atribuibles a cannabis tras la apertura del mercado no medicinal documentó incrementos coincidentes con esa mayor disponibilidad (4).

Desde la perspectiva clínica, el consumo se asocia a una carga psiquiátrica considerable, particularmente a trastornos psicóticos y conductuales que motivan consultas de urgencia y hospitalización (1,4). La acción del THC sobre el sistema endocannabinoide, con modulación de las vías dopaminérgica y glutamatérgica, ofrece un sustrato plausible para el desarrollo de alucinaciones, delirios y desorganización conductual, especialmente en individuos jóvenes (5). La evidencia respalda una asociación consistente entre el consumo regular y la psicosis inducida por sustancias, así como con el desencadenamiento de un primer episodio psicótico (6,7); en estos pacientes la rehospitalización por recaída psicótica constituye un desenlace frecuente, cuyo riesgo se reduce en un 33% con tratamiento antipsicótico (7), y las hospitalizaciones por trastornos psicóticos asociadas al consumo de cannabis se caracterizan por estadías prolongadas, con una media de 19,4 días (8). A nivel poblacional, diversos estudios han documentado un aumento de las consultas de urgencia y de los ingresos por trastornos mentales vinculados al cannabis (9,10,11), así como una asociación entre la intensidad del consumo y la carga de síntomas depresivos y atencionales en consumidores regulares no clínicos (12).

En Chile, el escenario reúne varios de los factores de riesgo descritos, pero carece del elemento regulatorio que articula el modelo canadiense. Se estima que el 10,1% de la población ha consumido cannabis durante el último año, cifra que muestra una tendencia descendente desde 2016 (13), con circulación de variedades de alta potencia, con concentraciones de THC en torno al 15% (6), en un contexto internacional de aumento sostenido de la potencia de los productos (3). Aproximadamente uno de cada cinco ingresos por primer episodio psicótico se

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129
Artículo de Investigación | Research Article
Volumen 20 Número 2

ha vinculado al consumo de cannabis (6). Entre los años 2020 y 2023, la tasa de egresos hospitalarios por trastornos psicóticos inducidos por cannabinoides en Chile fue de 0,38 por cada 100.000 habitantes, con una marcada predominancia masculina (0,62 frente a 0,13 por 100.000 habitantes en mujeres) y una estadía hospitalaria promedio de 20,28 días (14). El país no ha implementado, sin embargo, un mercado regulado de cannabis no medicinal, de modo que ofrece una condición de contraste frente a las jurisdicciones donde se ha documentado el incremento de hospitalizaciones.

Esa combinación define el vacío que motiva el presente trabajo. La evidencia nacional se ha concentrado en la psicosis inducida y se ha limitado a descripciones de frecuencias, sin estimaciones de precisión ni contraste formal de diferencias, lo que impide establecer si la carga hospitalaria se ha modificado o si se distribuye de manera homogénea entre subgrupos. Este estudio se propone estimar la tasa de egreso hospitalario por trastornos del comportamiento debidos al uso de cannabinoides en Chile entre 2021 y 2024, y determinar si existen diferencias según sexo, grupo etario y año de egreso. Se plantea como hipótesis que dicha carga se distribuye de forma heterogénea, concentrándose en hombres adultos jóvenes, y que se ha mantenido estable durante el período en ausencia de cambios regulatorios, a diferencia de lo descrito en contextos de comercialización reciente.

Materiales y métodos

Se estudiaron los egresos hospitalarios con diagnóstico principal correspondiente a la categoría F12 de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10), «Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides», ocurridos en Chile entre enero de 2021 y diciembre de 2024 (N=590). Se incluyeron personas de 20 a 79 años, de ambos sexos, residentes en el territorio nacional, atendidas en establecimientos públicos y privados. Se excluyeron los egresos de 2025, por no disponerse de datos completos, y los pacientes manejados de forma ambulatoria. Los datos de egresos se obtuvieron a nivel de registro individual de la base del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud. Los denominadores poblacionales corresponden a la población estimada al 30 de junio de cada año, por sexo y edad simple, según las Estimaciones y proyecciones de población 1992–2070 con base en el Censo 2024 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (15), a partir de las cuales se construyeron los tramos decenales empleados. Las variables analizadas fueron el sexo (hombre, mujer), el grupo etario (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 y 70-79 años), el año de egreso y los días de estadía hospitalaria, correspondientes al total de días de permanencia del paciente en el establecimiento.

La tasa de egreso hospitalario (TEH) se calculó dividiendo el número de egresos por la población en riesgo del estrato

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129
Artículo de Investigación | Research Article
Volumen 20 Número 2

correspondiente multiplicada por el número de años incluidos en el cálculo, y multiplicando el cociente por 100.000. Las tasas se expresan, por tanto, como egresos por 100.000 habitantes-año: la del período corresponde a un promedio anual sobre cuatro años de observación y las anuales, a un único año. La información procede de bases de datos de uso público, anonimizadas y sin intervenciones sobre los sujetos, por lo que no requirió aprobación de un comité de ética. El equipo declara no poseer conflictos de interés.

Análisis estadístico

El procesamiento se efectuó en Python 3 (bibliotecas pandas, SciPy y statsmodels), con un nivel de significación de $p<0,05$. Las tasas se acompañaron de intervalos de confianza del 95% calculados por el método exacto de Poisson, y las comparaciones entre estratos se expresaron como razones de tasas de incidencia (IRR) con sus intervalos. La homogeneidad entre años se evaluó mediante ji cuadrado (χ^2) y la tendencia temporal mediante regresión de Poisson con el año como término lineal y el logaritmo de la población como desplazamiento; la estabilidad de la razón de tasas entre sexos se contrastó con el estadístico Q de heterogeneidad. El efecto independiente del sexo, el grupo etario y el año se estimó mediante un modelo de Poisson multivariable, verificando el ajuste por el cociente entre la desviación residual y sus grados de libertad.

La distribución de los días de estadía se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk; confirmado su alejamiento de la normalidad, las comparaciones se realizaron con Kruskal-Wallis (entre años y grupos etarios) y U de Mann-Whitney (entre sexos), con Brunner-Munzel y Kolmogorov-Smirnov como análisis de sensibilidad. Ante un resultado significativo en la comparación entre grupos etarios, se aplicó la prueba post-hoc de Dunn con corrección de Holm para identificar los contrastes responsables. La magnitud del efecto se cuantificó mediante el delta de Cliff e intervalos bootstrap de 10.000 remuestreos. En las comparaciones sin significación estadística se calculó la diferencia mínima detectable con una potencia del 80%, a fin de delimitar el alcance interpretativo de los resultados negativos.

Resultados

Durante el período 2021–2024 se registraron 590 egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides en población de 20 a 79 años, correspondientes a una tasa de egreso hospitalario (TEH) de 1,04 por 100.000 habitantes-año (IC 95%: 0,95–1,12). Las tasas anuales fueron de 1,12 (IC 95%: 0,95–1,31) en 2021; 1,02 (IC 95%: 0,86–1,20) en 2022; 1,00 (IC 95%: 0,84–1,17) en 2023 y 1,01 (IC 95%: 0,85–1,18) en 2024. La prueba de homogeneidad no evidenció diferencias entre ellos ($\chi^2=1,241$; gl=3; $p=0,743$). La

regresión de Poisson tampoco identificó tendencia temporal, con una razón de tasas anual de 0,966 (IC 95%: 0,899–1,038; p=0,350), lo que permite descartar incrementos anuales superiores al 3,8% durante el período.

El análisis por grupo etario mostró un gradiente descendente con la edad. El grupo de 20 a 29 años presentó la mayor tasa, con 3,16 egresos por 100.000 habitantes (IC 95%: 2,84–3,50), seguido del grupo de 30 a 39 años con 1,25 (IC 95%: 1,06–1,46) y del de 40 a 49 años con 0,44 (IC 95%: 0,33–0,59). Los grupos de 60 a 69 y de 70 a 79 años reunieron cinco y cuatro egresos respectivamente, con estimaciones de baja precisión (Figura 1).

Según sexo, la TEH del período fue de 1,51 por 100.000 habitantes (IC 95%: 1,37–1,66) en hombres y de 0,58 (IC 95%: 0,50–0,67) en mujeres, con una razón de tasas de 2,60 (IC 95%: 2,17–3,11). Esta diferencia se mantuvo en los cuatro años analizados, sin evidencia de heterogeneidad entre ellos (Q=1,42; gl=3; p=0,701). La combinación de mayor riesgo correspondió a los hombres de 20 a 29 años, con una TEH de 4,58 por 100.000 habitantes (IC 95%: 4,05–5,17; n=268), frente a 1,69 (IC 95%: 1,37–2,07) en mujeres del mismo grupo etario (Figura 2).

El modelo de Poisson multivariable, que incorporó simultáneamente sexo, grupo etario y año, confirmó estos hallazgos. Ajustando por las restantes variables, el sexo femenino se asoció a una razón de tasas de 0,406 (IC 95%: 0,340–0,486; p<0,001), y todos los grupos etarios presentaron tasas significativamente inferiores a la del grupo de 20 a 29 años (p<0,001 en todos los casos). El año de egreso no mostró asociación con la tasa (IRR 0,980; IC 95%: 0,912–1,054; p=0,589). El cociente entre la desviación residual y sus grados de libertad fue de 1,08, indicando un ajuste adecuado (Tabla 1).

La estadía hospitalaria presentó una distribución marcadamente asimétrica, con una mediana de 12 días (rango intercuartílico: 4,0–20,8), un percentil 90 de 36 días y un valor máximo de 315 días; el 2,4% de los egresos superó los 60 días de hospitalización. La media del período fue de 16,30 días (DE 22,75). Todas las distribuciones se alejaron significativamente de la normalidad (Shapiro-Wilk, p<0,001) (Tabla 2).

No se detectaron diferencias en la duración de la hospitalización entre años, tanto al analizar ambos sexos en conjunto (Kruskal-Wallis H=1,59; gl=3; p=0,663) como por separado en hombres (H=1,85; p=0,604) y mujeres (H=2,73; p=0,436). Tampoco se detectaron diferencias entre sexos, con medianas de 12 días en ambos grupos (U de Mann-Whitney, p=0,295; delta de Cliff 0,055), resultado consistente en las pruebas de sensibilidad aplicadas (Brunner-Munzel, p=0,284; Kolmogorov-Smirnov, p=0,235). La diferencia observada entre las medias de ambos sexos fue de 2,54 días (IC 95% bootstrap: −0,73 a 5,95), y la diferencia mínima detectable con una potencia del 80% fue de 5,81 días. La duración de la hospitalización mostró heterogeneidad entre grupos etarios (H=16,53; gl=5; p=0,006), si bien ninguna comparación por pares alcanzó significación tras la corrección de Holm; el contraste más

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129
Artículo de Investigación | Research Article
Volumen 20 Número 2

próximo fue el del grupo de 20 a 29 años frente al de 30 a 39 años (medianas de 13 y 9 días, respectivamente; p=0,191), de modo que el análisis no permite atribuir esa heterogeneidad a un contraste específico (Figura 3).

Discusión

El presente estudio estimó la carga hospitalaria por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides en Chile durante 2021–2024, obteniendo una tasa de egreso de 1,04 por 100.000 habitantes-año en población de 20 a 79 años. La cifra resulta coherente con el único antecedente nacional disponible, que reportó 0,38 por 100.000 para 2020–2023 (14), diferencia esperable dado que aquel trabajo se circunscribió a los trastornos psicóticos inducidos mientras el presente abarca el conjunto de la categoría F12 (F12.0 - F12.9).

El hallazgo de mayor interés es la ausencia de variación temporal. La tasa se mantuvo estable en los cuatro años, sin diferencias entre ellos ni tendencia lineal, con una precisión que permite descartar incrementos anuales superiores al 3,8%. Este resultado contrasta con lo descrito en jurisdicciones que implementaron mercados regulados: Canadá documentó aumentos de hospitalizaciones atribuibles a cannabis tras la comercialización (4), y en Estados Unidos las series temporales prolongadas muestran incrementos sostenidos de los ingresos por trastorno por consumo (11). La estabilidad observada contrasta con una prevalencia de consumo que desciende desde 2016 y que en 2024 alcanzó su nivel más bajo en una década (13); dentro del período estudiado esta se mantuvo estable o en leve descenso, si bien con solo dos mediciones disponibles. Que la carga hospitalaria no ceda mientras el consumo no crece sugiere que la demanda de hospitalización responde a determinantes distintos del número de consumidores, entre ellos la potencia de los productos disponibles (3,6) y el marco regulatorio, ausente en Chile. Aún así, cuatro años resultan breves para caracterizar una tendencia y no puede descartarse que la serie se encuentre en una meseta posterior a un ascenso no capturado.

La diferencia según sexo fue marcada y estable. Los hombres presentaron una tasa 2,60 veces superior a la de las mujeres, magnitud que se mantuvo sin variación a lo largo del período y persistió tras el ajuste por edad y año, en concordancia con la literatura internacional (8,10,11). Entre los mecanismos propuestos figuran una mayor prevalencia y precocidad del consumo, el uso de productos de mayor potencia, una menor búsqueda de atención ambulatoria, y se ha sugerido una vulnerabilidad diferencial a los efectos del tetrahidrocannabinol sobre la neurotransmisión dopaminérgica, vía bien caracterizada en la psicosis inducida (5), pero sin evidencia de un efecto diferencial por sexo. Los datos administrativos, sin embargo, no permiten discriminar entre estas alternativas: una razón de tasas de 2,60 es compatible tanto con una mayor exposición al consumo en hombres como

con un mayor riesgo de hospitalización a igual consumo, distinción que requeriría estudios con la prevalencia de consumo como denominador.

El gradiente etario constituye el hallazgo de mayor magnitud. El grupo de 20 a 29 años concentró una tasa 2,5 veces superior a la del grupo siguiente y casi treinta veces la de los mayores de 50 años, y los hombres de esa década alcanzaron 4,58 egresos por 100.000 habitantes. El patrón es congruente con la evidencia que identifica a los adultos jóvenes como el segmento de mayor prevalencia de consumo y riesgo de complicaciones psiquiátricas (2,3), y con los datos nacionales que sitúan el mayor consumo en ese grupo etario y describen un descenso de la edad de inicio (6). La confluencia de un sistema nervioso en maduración, un inicio precoz del consumo y factores psicosociales propios de esta etapa ofrece un marco plausible para interpretar dicha concentración, así como para el mayor riesgo de complicaciones psiquiátricas descrito en este grupo, incluidas las conductas suicidas (3,6,16). En el extremo opuesto, la baja tasa de los grupos de 60 a 69 y 70 a 79 años debe interpretarse con reserva: junto a una menor prevalencia de consumo en generaciones mayores, podría reflejar subregistro diagnóstico, dado que en adultos mayores los síntomas conductuales tienden a atribuirse a patologías neurocognitivas.

No se detectaron diferencias significativas en la duración de la hospitalización según sexo ni según año. La aparente superioridad de la estadía masculina que sugieren las medias aritméticas desaparece al emplear estadísticos robustos: las medianas son idénticas en ambos sexos y el tamaño del efecto es despreciable. El año 2022 lo ilustra bien, pues la media masculina más alta de la serie (21,61 días) depende de un único egreso de 315 días, mientras su mediana es la más baja del período. Con una distribución tan asimétrica, en que el 2,4% de los egresos supera los 60 días, el promedio resulta un estimador poco confiable para esta variable. La ausencia de diferencias detectadas, sin embargo, no equivale a demostrar su inexistencia: la potencia disponible solo permitía identificar brechas iguales o superiores a 5,81 días, de modo que diferencias menores siguen siendo compatibles con estos datos. La heterogeneidad detectada entre grupos etarios no se localizó en ningún contraste específico tras el ajuste por comparaciones múltiples, y las medianas no siguen un gradiente con la edad, de modo que no es posible sostener que los adultos jóvenes permanezcan hospitalizados más tiempo.

La principal fortaleza del estudio es el empleo de fuentes oficiales que comprenden la totalidad de los egresos del país, públicos y privados, lo que otorga representatividad poblacional y minimiza el sesgo de selección; el acceso a registros individuales permitió además caracterizar la distribución completa de la estadía e incorporar estimaciones de precisión, razones de tasas y modelamiento multivariable. Las limitaciones son igualmente relevantes. El uso del diagnóstico principal probablemente subestima los casos en que el consumo de cannabinoides fue un factor contribuyente

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129
Artículo de Investigación | Research Article
Volumen 20 Número 2

sin ser el motivo principal de registro, y la naturaleza administrativa de la fuente impide acceder a información sobre potencia del producto, patrón de consumo, comorbilidad psiquiátrica, policonsumo o evolución posterior al alta, variables que podrían explicar parte de las asociaciones descritas. La exclusión de los menores de 20 años impide caracterizar el fenómeno durante la adolescencia, período crítico de neurodesarrollo y de particular interés preventivo. Finalmente, el diseño transversal y la ausencia de datos previos a 2021 limitan la interpretación del hallazgo de estabilidad temporal.

La delimitación precisa del grupo de mayor riesgo permite orientar las estrategias de pesquisa y tratamiento precoz hacia los hombres adultos jóvenes, donde la carga asistencial se concentra de manera desproporcionada. La duración de la hospitalización, en cambio, resultó homogénea entre sexos y años, lo que sugiere que la magnitud de la carga depende más del volumen de ingresos que de su duración. Las tasas aquí estimadas constituyen además un valor de referencia frente al cual evaluar el impacto de eventuales modificaciones del marco regulatorio sobre la demanda hospitalaria, comparación que requerirá extender la serie hacia años previos y posteriores.

REVISTA ANACEM

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129
Artículo de Investigación | Research Article
Volumen 20 Número 2

Anexos (Figuras, gráficos y tablas)

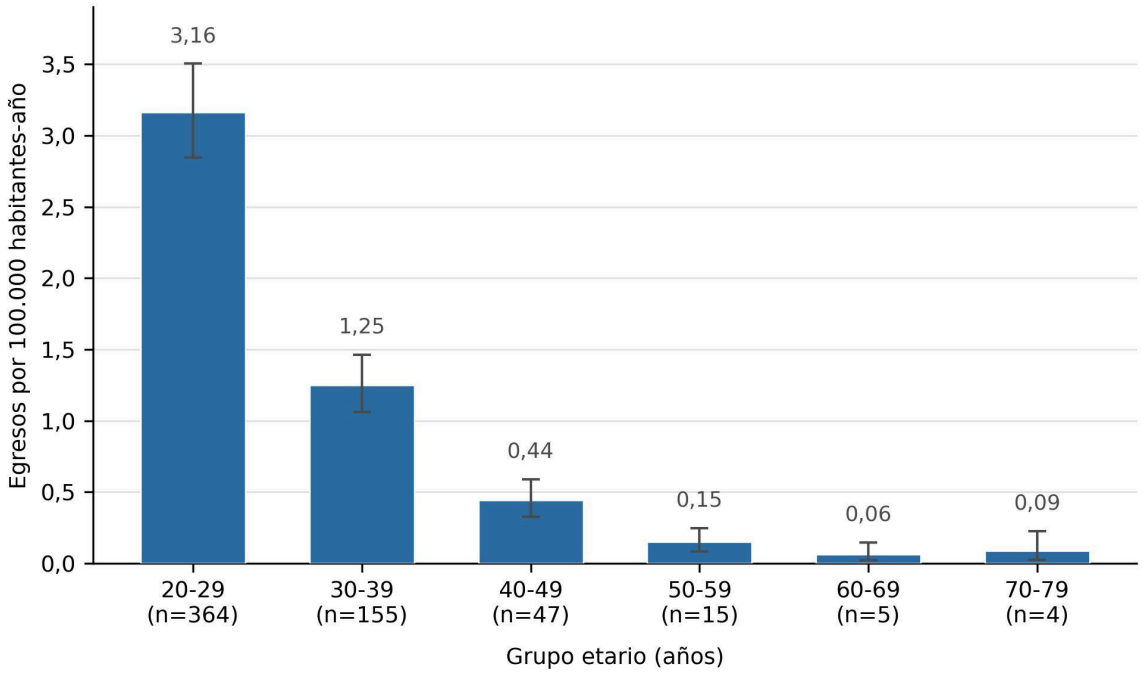

Figura 1. Tasa de egreso hospitalario por 100.000 habitantes por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, según grupo etario. Chile, 2021–2024. Las barras de error representan el intervalo de confianza del 95% calculado por el método exacto de Poisson. Entre paréntesis, número de egresos de cada grupo.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129
Artículo de Investigación | Research Article
Volumen 20 Número 2

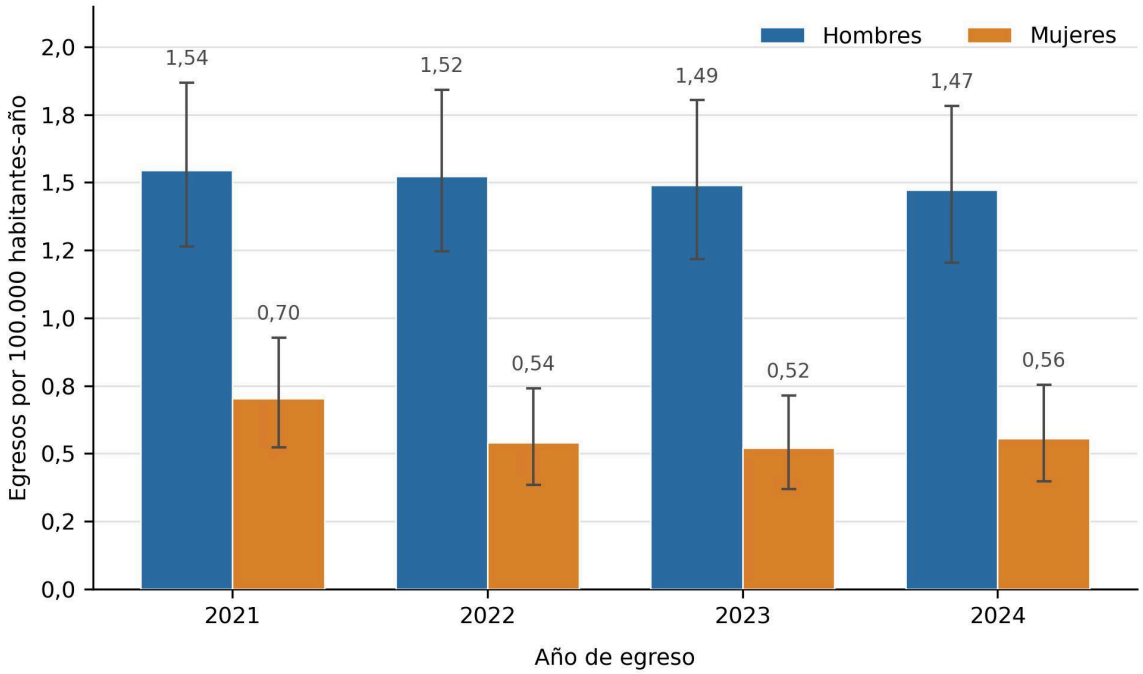

Figura 2. Tasa de egreso hospitalario por 100.000 habitantes por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, según sexo y año de egreso. Chile, 2021–2024. Las barras de error representan intervalos de confianza del 95%.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129
Artículo de Investigación | Research Article
Volumen 20 Número 2

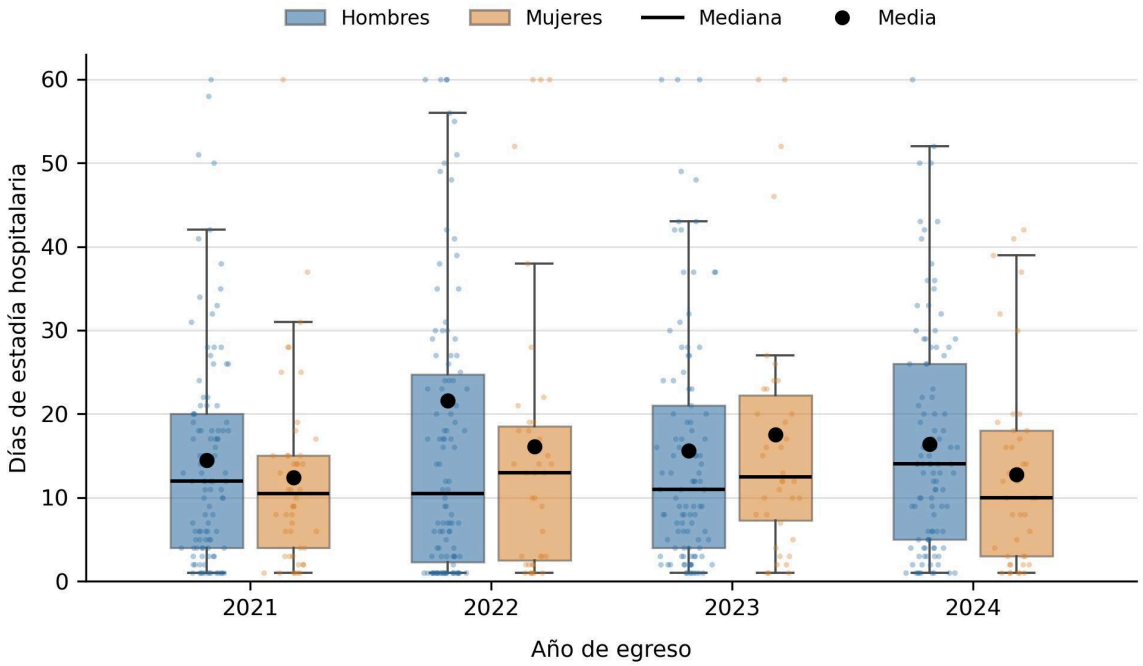

Figura 3. Distribución de los días de estadía hospitalaria por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, según sexo y año de egreso. Chile, 2021–2024. La línea horizontal representa la mediana y el punto negro, la media. Tope de visualización: 60 días.

Tabla 1.

Modelo de regresión de Poisson multivariable sobre la tasa de egreso hospitalario por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides. Chile, 2021–2024.

Variable	IRR	IC 95%	p
Sexo: mujer (ref. hombre)	0,406	0,340 – 0,486	<0,001
Edad: 30-39 años (ref. 20-29 años)	0,397	0,329 – 0,479	<0,001
Edad: 40-49 años (ref. 20-29 años)	0,142	0,104 – 0,192	<0,001
Edad: 50-59 años (ref. 20-29 años)	0,049	0,029 – 0,081	<0,001
Edad: 60-69 años (ref. 20-29 años)	0,021	0,008 – 0,050	<0,001
Edad: 70-79 años (ref. 20-29 años)	0,029	0,011 – 0,079	<0,001
Año (por año adicional)	0,980	0,912 – 1,054	0,589

IRR: razón de tasas de incidencia. Modelo ajustado simultáneamente por sexo, grupo etario y año de egreso, con el logaritmo de la población como término de desplazamiento. Cociente entre desviación residual y grados de libertad = 1,08.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026129
Artículo de Investigación | Research Article
Volumen 20 Número 2

Tabla 2.

Días de estadía hospitalaria por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, según año de egreso y sexo. Chile, 2021–2024.

Año	Sexo	n	Media	DE	Mín	Q1	Mediana	Q3	Máx
2021	Hombre	106	14,46	13,10	1	4,0	12,0	20,0	64
2021	Mujer	50	12,38	12,54	1	4,0	10,5	15,0	76
2022	Hombre	106	21,61	43,60	1	2,2	10,5	24,8	315
2022	Mujer	39	16,08	18,64	1	2,5	13,0	18,5	79
2023	Hombre	105	15,59	15,67	1	4,0	11,0	21,0	81
2023	Mujer	38	17,53	17,39	1	7,2	12,5	22,2	76
2024	Hombre	105	16,41	13,55	1	5,0	14,0	26,0	63
2024	Mujer	41	12,73	11,93	1	3,0	10,0	18,0	42
Período	Hombre	422	17,02	25,11	1	4,0	12,0	23,0	315
Período	Mujer	168	14,49	15,20	1	3,0	11,5	18,0	79
Período	Ambos	590	16,30	22,75	1	4,0	12,0	20,8	315

DE: desviación estándar. Q1 y Q3: primer y tercer cuartil.

Referencias

1. Myran DT, Pugliese M, McDonald AJ, Xiao J, Fischer B, Finkelstein Y, et al. Cannabis use disorder emergency department visits and hospitalizations and 5-year mortality. JAMA Netw Open. 2025;8(2):e2457852.
2. Connor JP, Stjepanović D, Le Foll B, Hoch E, Budney AJ, Hall WD. Cannabis use and cannabis use disorder. Nat Rev Dis Primers. 2021;7(1):16.
3. Hoch E, Volkow ND, Friemel CM, Lorenzetti V, Freeman TP, Hall W. Cannabis, cannabinoids and health: a review of evidence on risks and medical benefits. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2025;275:281–292.
4. Myran DT, Gaudreault A, Konikoff L, Talarico R, Liccardo Pacula R. Changes in cannabis-attributable hospitalizations following nonmedical cannabis legalization in Canada. JAMA Netw Open. 2023;6(10):e2336113.
5. Türkoğlu Ö, Ertuğrul A. The role of cannabis in the development of psychosis. Turk Psikiyatri Derg. 2024;35(3):234-244.
6. Castañeda CP, Alliende LM, Iruretagoyena B, Nachar R, Mancilla F, Díaz C, et al. Uso de cannabis en jóvenes hospitalizados por un primer episodio de psicosis: un estudio caso-control. Rev Med Chil. 2020;148(11):1606–1613.
7. Denissoff A, Taipale H, Tiihonen J, Di Forti M, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, et al. Antipsychotic use and psychiatric hospitalization in first-episode non-affective psychosis and cannabis use disorder: a Swedish nationwide cohort study. Schizophr Bull. 2024;50(6):1287–1294.
8. Gonçalves-Pinho M, Bragança M, Freitas A. Psychotic disorders hospitalizations associated with cannabis abuse or dependence: a nationwide big data analysis. Int J Methods Psychiatr Res. 2020;29(1):e1813.
9. Crocker CE, Carter AJE, Emsley JG, Magee K, Atkinson P, Tibbo PG. When cannabis use goes wrong: mental health side effects of cannabis use that present to emergency services. Front Psychiatry. 2021;12:640222.
10. Sulley S, Ndanga M, Saka AK. Prevalence of cannabis use and factors related to hospitalizations in the United States: a population-based study using National Inpatient Sample between 2012 and 2018. Cureus. 2022;14(8):e28361.
11. Singh JA. Time-trends in hospitalizations with cannabis use disorder: a 17-year U.S. national study. Subst Abus. 2022;43(1):408-414.

12. Mosandl CF, Baltes-Flückiger L, Kronschnabel J, Meyer M, Guessoum A, Herrmann O, et al. Cannabis use and its association with psychopathological symptoms in a Swiss adult population: a cross-sectional analysis. Front Public Health. 2024;12:1356988.
13. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Décimo Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2024. Santiago: SENDA, Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 2025.
14. Baez Torres A, Alvarado Amaya A, Viloria Franco L, Ferrer Lobo K, Intriago Medina A. Psicosis y consumo de cannabis en Chile: un análisis nacional de hospitalizaciones (2020–2023). Rev Andes. 2025;1(2).
15. Instituto Nacional de Estadísticas. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992–2070: base 2024. Santiago: INE; 2025.
16. Shamabadi A, Ahmadzade A, Pirahesh K, Hasanzadeh A, Asadigandomani H. Suicidality risk after using cannabis and cannabinoids: an umbrella review. Dialogues Clin Neurosci. 2023;25(1):50-63.

REVISTA ANACEM