

Asociación entre la legalización del cannabis y el incremento de diagnósticos de esquizofrenia en Ontario, Canadá

Association of cannabis legalization with rising schizophrenia diagnoses in Ontario, Canada

Comentado de:

Myran DT, Brown CRL, Iglar K, et al. JAMA Netw Open. 2025;8(2):e2457868. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.57868. PMID: 39903464¹

Resumen estructurado

Objetivo

Determinar si la autorización del uso medicinal de cannabis (2015) y su legalización no medicinal (2018) en Ontario, Canadá, cambió la fracción de riesgo atribuible poblacional (FRAP)^a del trastorno por consumo de cannabis (TCC).

Diseño, lugar y pacientes

Cohorte retrospectiva de base poblacional (2006 a 2022). Fueron incluidas personas de 14 a 65 años afiliadas al Plan de Salud Médico de Ontario, Canadá (97% de la población), excluyendo a quienes ya tenían diagnóstico de esquizofrenia o no habían tenido cobertura médica en los tres años previos. El límite de 65 años como edad máxima para ingresar a la cohorte buscó minimizar los errores de diagnóstico entre esquizofrenia y demencia. Una serie temporal interrumpida examinó los cambios en la FRAP de TCC (trastornos por uso o intoxicación por cannabis) tras las modificaciones en la regulaciones.

Fuente de datos

Registros administrativos de las consultas de urgencias, hospitalizaciones y visitas ambulatorias.

Medición de resultados principales

Incidencia de esquizofrenia definida mediante un algoritmo validado por revisión manual de historias clínicas (sensibilidad: 91,6%; especificidad: 61,3%) que considera caso al registro de un código de diagnóstico para esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en alguna de las siguientes situaciones: a) diagnóstico principal al alta de una internación en un hospital general, b) diagnóstico al alta de una internación en un hospital psiquiátrico, c) motivo principal o contribuyente en dos o más consultas ambulatorias o visitas a emergencias en un periodo de 12 meses.

Resultados principales

Fueron incluidas 13.588.681 personas (50 % hombres; edad promedio 39 años, seguimiento promedio: 17 años). De toda la cohorte, 118.650 participantes (0,9%) presentaron un TCC. Hubo 91.106 casos incidentes de esquizofrenia (0,7%). El 8,9% de estos casos tenía documentado haber sufrido un TCC en comparación con el 0,6% de quienes no desarrollaron esquizofrenia. La incidencia anual de esquizofrenia permaneció estable, mientras que la de psicosis no especificada y la FRAP de esquizofrenia asociada a TCC aumentaron (ver **tabla 1**). El mayor impacto se observó en hombres de 19 a 24 años (FRAP 19%).

La potencia del cannabis y su disponibilidad se asoció al incremento de la incidencia de TCC y de psicosis inducida por cannabis en urgencias.

En comparación con las personas sin TCC, quienes tenían esta condición tuvieron más probabilidades de ser hombres (61 frente a 50%), más jóvenes (edad media 28 versus 39 años), de vivir en barrios de bajos ingresos, y de no ser inmigrantes (9 frente a 21 %). El haber sufrido TCC se asoció a un mayor consumo de sustancias y de servicios de atención en salud mental.

Conclusiones

La legalización del cannabis no provocó un aumento inmediato en la incidencia de esquizofrenia, pero la carga atribuible al TCC creció considerablemente. Los varones jóvenes son el grupo de mayor vulnerabilidad. Es necesario establecer políticas de salud pública orientadas a reducir el consumo problemático, en especial de cannabis de alta potencia, y monitorear los efectos a largo plazo de la comercialización del cannabis recreativo.

Fuente de financiamiento / Conflicto de interés de los autores:

Fuente de financiamiento: Canadian Institutes of Health Research, Ministerio de Salud de Ontario y Ministerio de Atención a Largo Plazo. Un autor recibió honorarios de Otsuka y AbbVie, y fue consultor y miembro del consejo asesor de Boehringer Ingelheim.

Notas

^a La fracción de riesgo atribuible poblacional estima la proporción de casos que podría haberse evitado en la población si se hubiera eliminado su potencial agente causal. En este caso, se postula que los casos de esquizofrenia podrían haberse prevenido si se hubieran eliminado los patrones de consumo de cannabis lo suficientemente graves como para requerir atención en urgencias o en el hospital.

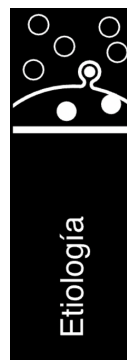


Tabla 1. Relación entre el desarrollo de esquizofrenia y psicosis con el trastorno por consumo de cannabis según los periodos de implementación de políticas públicas.

Desenlaces ajustados	Periodos de implementación de políticas		
	Prelegalización (2006 a 2015)	Liberalización del cannabis medicinal y no medicinal (2015 a 2018)	Legalización del cannabis no medicinal (2018 a 2022)
HR ajustado (IC 95%) para esquizofrenia (TCC vs. sin TCC) ^a	2,60 (2,30 a 2,89)	2,85 (2,72 a 2,93)	3,07 (2,67 a 3,47)
HR ajustado (IC 95%) para psicosis no especificada (TCC vs. sin TCC) ^a	4,17 (3,58 a 4,65)	4,29 (4,09 a 4,49)	5,13 (4,38 a 5,89)
FRAP ajustada ^a (IC 95%) para el desarrollo de esquizofrenia y psicosis asociada al TCC	3,68 (2,72 a 4,65)	7,26 (6,42 a 8,09)	10,27 (8,86 a 11,68)
FRAP ajustada ^a (IC 95%) para el desarrollo de psicosis no especificada asociada al TCC	4,47 (3,61 a 5,32)	8,00 (7,13 a 8,86)	11,64 (10,43 a 12,85)

^a Ajustado por edad, sexo, quintil de ingresos, residencia rural versus urbana, situación migratoria y consumo de servicios de salud. Abreviaturas: FRAP: fracción de riesgo atribuible poblacional, HR: hazard ratio o cociente de riesgos, IC: intervalo de confianza, TCC: trastorno por consumo de cannabis.

Comentario

La prevalencia mundial de esquizofrenia oscila entre el 0,3 y el 0,7%², representando una de las principales causas de discapacidad en adultos jóvenes. Por otro lado, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cannabis es la sustancia ilícita de mayor consumo global, con aproximadamente 147 usuarios (2,5% de la población mundial)³.

En las últimas décadas, diversas investigaciones poblacionales han confirmado una asociación dependiente de la dosis entre el uso frecuente de cannabis (en especial aquellos con mayor concentración de THC) y el incremento en el riesgo de desarrollar esquizofrenia^{4,5}. En Dinamarca, por ejemplo, la proporción de casos atribuibles a dicho consumo aumentó de 4% en 2000 a 8% entre 2010 y 2016, resultados coincidentes con los de otros países europeos, lo que refuerza la hipótesis de que podría actuar como un factor ambiental que incrementa el riesgo de psicosis⁶.

En Argentina, la Ley 27.350 de 2017 autorizó su uso con fines medicinales⁷. Si bien el uso recreativo continúa siendo ilegal, el fallo Arriola de la Corte Suprema declaró inconstitucional la pena aplicable para la tenencia de estupefacientes para consumo personal en el ámbito privado, siempre que se trate de una cantidad ínfima, sin ostentación y sin riesgos concretos a terceros⁸. Sin embargo, no contamos en Argentina con estudios epidemiológicos que hayan evaluado la incidencia de esquizofrenia asociada al uso de cannabis.

En el estudio analizado¹, la FRAP de esquizofrenia relacionada con el TCC casi se triplicó, pasando de 3,7 a 10,3% tras la legalización de su uso recreativo del cannabis en Ontario, lo que implica que uno de cada diez casos de esquizofrenia podría haberse evitado si no hubiera sucedido tal consumo problemático. El análisis de la FRAP es fundamental desde la perspectiva de la salud pública, ya que ofrece una medida del impacto poblacional más allá del riesgo individual⁹. Entre las fortalezas de esta investigación se destacan el tamaño de la cohorte, su prolongado seguimiento y el haber usado registros administrativos estandarizados con algoritmos validados para el diagnóstico. Entre sus limitaciones se encuentra la ausencia de ajuste por nivel educativo, ingresos, antecedentes familiares de trastornos mentales o factores genéticos, lo que podría afectar la validez de las estimaciones de FRAP. Por otro lado, es posible que algunas personas con TCC no hayan buscado atención médica, generando una potencial clasificación incorrecta de la exposición. Además, la exposición fue definida a partir de hospitalizaciones vinculadas al consumo de cannabis, lo que no necesariamente implica la presencia de un trastorno por uso de esta sustancia. Por último, el final del periodo de estudio coincide con la pandemia de COVID-19, lo que pudo alterar el uso de servicios de salud y, en consecuencia, la

incidencia real de esquizofrenia, comprometiendo los cálculos de los cocientes de probabilidades (*hazard ratio*) y FRAP en ese período.

Los riesgos observados podrían ser parcialmente extrapolables a Argentina, dada la amplia circulación de variedades de cannabis de alta potencia en América Latina. No obstante, se requiere cautela al transferir estos hallazgos, y ante una eventual expansión de la legalización recreativa en el país sería recomendable priorizar el desarrollo y la implementación de políticas preventivas.

Conclusiones de las comentadoras

Los cambios en las políticas de utilización del cannabis podrían influir en la salud mental de las personas, lo que resalta la necesidad de una planificación de políticas de prevención que acompañen estos cambios legislativos.

Publicado el 22/09/2025

Susana Paola Scala

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.

susana.scala@hospitalitaliano.org.ar <https://orcid.org/0009-0006-8872-6587>]

Mariela Vanessa Criollo Criollo

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.

mariela.criollo@hospitalitaliano.org.ar <https://orcid.org/0009-0005-8276-8228>]

Scala SP, Criollo Criollo MV. Asociación entre la legalización del cannabis y el incremento de diagnósticos de esquizofrenia en Ontario, Canadá. Evid Actual Pract Ambul. 2025;28(3):e007178. Available from: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v28i3.7178>.

Comentado de: Myran DT, Brown CRL, Iglar K, et al. Changes in Incident Schizophrenia Diagnoses Associated With Cannabis Use Disorder After Cannabis Legalization in Canada. JAMA Netw Open. 2025;8(2):e2457868. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.57868. PMID: 39903464



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

(CC BY-NC-SA 4.0)

Declaración de uso de inteligencia artificial

Se utilizó ChatGPT (GPT-5, OpenAI, 2025) como apoyo en la edición del texto, verificación de citas y búsqueda de fuentes. La responsabilidad final del contenido recae exclusivamente en los autores.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. Los autores declararon no poseer conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

Referencias

1. Myran DT, Brown CRL, Iglar K, et al. Changes in Incident Schizophrenia Diagnoses Associated With Cannabis Use Disorder After Cannabis Legalization in Canada. JAMA Netw Open. 2025;8(2):e2457868. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2024.57868](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.57868). PMID: 39903464
2. Saha S, Chant D, Welham J, et al. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med. 2005;2(5):e141. doi: [10.1371/journal.pmed.0020141](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141) PMID: 15916472
3. World Health Organization. Cannabis. [Internet]. [cited 2025 Sept 12]. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/drugs-psychoactive/cannabis>
4. World Health Organization. Schizophrenia: Fact sheet [Internet]. WHO, Geneva; 2022. [cited 2025 Sept 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

5. Health Canada. Does cannabis use increase the risk of developing psychosis or schizophrenia? [Internet]. Canada.ca. 2018 [cited 2025 Sept 12]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/drugs-health-products/does-cannabis-use-increase-risk-developing-psychosis-schizophrenia.html>
6. Hjørthøj C, Posselt CM, Nordentoft M. Development Over Time of the Population-Attributable Risk Fraction for Cannabis Use Disorder in Schizophrenia in Denmark. JAMA Psychiatry. 2021;78(9):1013-1019. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2021.1471](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1471) PMID: 34287621
- 7- Ley 27.350. Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de Cannabis y sus derivados [Internet]. 2017. InfoLEG - Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Argentina [cited 2025 Sept 12]. Available from: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/270000-274999/273801/norma.htm>
8. Arriola, Sebastián y otros s/ recurso de hecho causa n° 9080. Sentencia del 25 de agosto de 2009. Nro. Interno: A.891. XLIV. Corte Suprema de Justicia de la Nación, Capital Federal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Magistrados: Highton de Nolasco, Maqueda, Lorenzetti, Fayt, Petracchi, Zaffaroni, Argibay. Id SAIJ: FA09000059. SAIJ - Sistema Argentino de Información Jurídica [Internet]. 2009 Aug 25 [cited 2025 Sep 12]. Available from: <https://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-arriola-sebastian-otros-recurso-hecho-causa-9080-fa09000059-2009-08-25/123456789-950-0009-0ots-eupmocsollaf?utm>
9. Llorca J, Fariñas-Álvarez C, Delgado-Rodríguez M. [Population attributable fraction: estimation and interpretation]. Gac Sanit. 2001;15(1):61-7. doi: [10.1016/s0213-9111\(01\)71519-1](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(01)71519-1) PMID: 11333627



Imagen de portada. Ilustración realizada por el Comité Editorial de Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria, creada con inteligencia artificial (OpenAI, 2025). La imagen fue creada exclusivamente con fines ilustrativos para acompañar el artículo y no representa productos reales.