

Revisión de Trabajos Internacionales

En este número inauguramos una nueva sección de la revista que recogerá artículos de la especialidad aparecidos en publicaciones internacionales de distintos campos científicos y que, por su especial interés, traducimos y reproducimos en nuestras páginas. Con el nombre de *Revisión de Trabajos Internacionales*, pretendemos abrir un espacio a aquella información científica relacionada con el alcoholismo y demás drogodependencias publicada en lengua extranjera y que no llega a nuestro poder como trabajo original debido, por un lado, a que nuestra revista sólo se edita en lengua castellana (aunque posea tirada internacional) y, por otro, al interés de sus autores en publicar en revistas dirigidas a un público unidisciplinar.



La Prevención del Alcoholismo, ¿Un asunto del Corazón?

DR. MICHEL CRAPLET

Médico delegado de la Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (A. N. P. A.)

La prévention de l'alcoolisme, une affaire de coeur?,
en *Alcool ou Santé*. Paris, n.º 200, n.º 1-1992

(Traducción de Ana Bogani)

RESUMEN

¿Acaso el consumo de alcohol disminuye el riesgo de infarto? Existen dos estudios recientes que tratan de demostrarlo (aunque puedan haber seguido una metodología criticable). Hay que saber que la "protección" del corazón conseguida así, opera en detrimento de otros órganos sobre los que existe una vulnerabilidad ante un exceso de alcohol: los riesgos del cáncer, la cirrosis, o los accidentes cerebrales aumentan considerablemente.

La utilización escandalosa y simplista de los medios de información demuestra el interés pasional ejercido sobre el alcohol y el corazón. Mientras que olvidamos rápidamente la relación entre el consumo medio de la población y la patología alcohólica. Sin embargo es la base de las políticas de prevención.

PALABRAS CLAVE: Alcohol. Aparato circulatorio. Corazón. Epidemiología. Infarto. Prevención. Prevención del alcoholismo. Vino.

Correspondencia:
Dr. Michel Craplet
Médecin délégué de l'ANPA
20, rue Saint-Fiacre
75002 Paris (France)

Una vez más, la información llega de varios lugares del mundo: el consumo moderado del alcohol debería disminuir el riesgo de infarto. Es una vieja historia: en los años sesenta, el whisky ya tenía esta fama para la mayoría de la gente. Otros estudios han afirmado que era el vino el que tenía estos efectos benéficos... como si el efecto dependiera del origen geográfico de los investigadores. Trataremos de resolver este difícil problema en el que la metodología científica contrasta con las actitudes subjetivas y militantes que causan malestar en el mundo de la alcoholología.

ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

Consideraciones estadísticas.

Los primeros estudios científicos se han basado en enfoques geográficos al comparar las tasas de mortalidad o el carácter mórbido a nivel nacional. El más conocido es el del equipo de Saint Léger (1) en 1979, cuyos datos pueden resumirse en la curva de relación entre las tasas de mortalidad por lesiones cardíacas isquémicas y el consumo de vino (Gráfico 1).

Por precipitación o interés, algunos han deducido que el vino protege el sistema cardiovascular, como si otros factores no hicieran distinción alguna entre Francia y los Estados Unidos, Finlandia e Italia, en lo que a una vida sana o entorno se refiere... Este tipo de estudios que muestran las relaciones entre dos fenómenos, por sí mismos dependientes de muchos otros parámetros, plantea serias dudas. ¿Y no podríamos concluir este estudio afirmando que la cantidad de baños tomados en el Mediterráneo es lo que realmente nos protege?

Señalemos además que en Francia algunas comparaciones inter-regionales podrían interpretarse con una idea negativa del alcohol ya que la mortalidad cardiovascular es más frecuente en el norte del país, donde el consumo de dichas bebidas es más elevado que en la costa mediterránea. Parece ser que el fenómeno puede deberse al consumo de mantequilla, muy diferente entre el sur y el norte del país, al igual que a escala europea, entre Finlandia y Creta; asimismo, hemos observado un efecto protector mediante el consumo de pescado.

Recientemente se han llevado a cabo otro tipo de estudios al interior de las poblaciones

más homogéneas:

- Estudios llamados *caso de figura* (*cas-témoins*) en los que la metodología asegura una distribución comparable en las poblaciones de los factores anexos que pudieran incidir en los resultados (régimen alimenticio, tasa de colesterol, ...). Así, Hennekens (2) ha agrupado hombres fallecidos con unos sujetos pertenecientes al estudio que viven en un contexto sociológico idéntico gracias a los datos aportados por el propio consumidor... ¡o por su viuda!

- Estudios *prospectivos* que disminuyen los errores en el momento de la recogida de datos inevitablemente subjetivos: en un interrogatorio, al realizar un cuestionario o una entrevista, incluso muy elaborada, es fácil, e incluso tentador, volver a escribir la historia de su propia vida o la de uno de los miembros de su entorno.

Estos estudios han puesto en evidencia que la relación entre la dosis de alcohol consumida y los efectos negativos de esta alcoholización son complejos.

La relajación entre mortalidad en general y consumo de alcohol se expresa con una curva en forma de U, donde el mínimo corresponde al consumo de una dosis mínima, que llamamos normalmente moderada: estos consumidores moderados -cuya definición varía según los estudios realizados- tienen en principio una tasa de mortalidad inferior, tanto para los "bebedores abusivos" como para los abstinentes.

Esta paradoja se ha atribuido rápidamente al papel que juega la mortalidad por enfermedad del aparato circulatorio, primera causa de mortalidad en todos los países; efectivamente muchos estudios de caso de figura e investigaciones han demostrado la disminución del riesgo de crisis cardíaca mediante un consumo de alcohol "moderado" en muchas poblaciones (3) (Esquemas 2 y 3).

Sin embargo, algunos investigadores han hecho hincapié en que eran unos resultados secundarios: efectivamente parecía probable que la categoría de no consumidores agrupaba sujetos muy dispares:

- bebedores que negaban su alcoholización.

- Exconsumidores de riesgo, antiguos enfermos o ex "bebedores abusivos" que se

hicieron abstinentes pero cuya alcoholización había incidido ya en sus capacidades vitales.

- sujetos de riesgo con complicaciones cardíacas por otras razones (transmisiones, problemas del metabolismo, el tabaco) y víctimas de accidentes coronarios. Aun habiendo renunciado al consumo de alcohol, ya que desgraciadamente las precauciones no son siempre suficientes, estos exconsumidores estaban más expuestos que los sujetos sanos. Mediante sus investigaciones, el profesor G. Shaper (4) sacó a la luz estas características que dan una idea errónea de los resultados.

RECIENTES ESTUDIOS

Las nuevas investigaciones epidemiológicas han tenido en cuenta esas críticas y han tratado de centrarse en el quit de la cuestión. Expondremos los resultados -que tan sólo en apariencia se oponen a nuestra política de prevención- con la mayor precisión posible:

- Existe un estudio americano (5) basado en un cuestionario retrospectivo de los hábitos y antecedentes de los 10 años precedentes y sobre el seguimiento en un período de dos años de unos 50.000 hombres cuyas profesiones tienen relación con el mundo de la salud; el consumo de alcohol puro llega a 40gr. diarios (es decir, 4 vasos corrientes). Eliminamos los sujetos con graves factores de riesgo (régimen, tabaco,...): la tasa a los que "perdimos la vista" era escasa, inferior al 4%.

El principal resultado que se deduce demuestra que el riesgo de crisis cardíaca, mortal o no, se ve disminuido por el consumo de alcohol, disminución proporcional a la dosis frente a todas las dosis sujetas a estudio, tal y como podemos ver en el esquema 4.

El riesgo relativo se fija en 0'6, casi se reduce a la mitad con un consumo de 30 gr. diarios.

El riesgo es todavía menor para los bebedores cuya alcoholización se distribuye en varios días y los bebedores amantes de bebidas fuertes parecen estar más protegidos que los bebedores de vino o de cerveza.

- Un estudio neocelandés (6) ha investigado el infarto, mortal o no, agrupando unos 200 hombres y mujeres de forma homogénea.

Ha demostrado en todos los bebedores que

consumían hasta 56 vasos por semana, es decir de 1 a 8 vasos diarios, una reducción de al menos un 40% del riesgo de infarto mortal frente a los no consumidores. Por otra parte, los sujetos que habían dejado de consumir alcohol tenían menos riesgo de infarto mortal que los que nunca lo habían consumido.

La reducción del riesgo era más evidente en la mujer; no se ha observado ninguna diferencia según el tipo de bebida.

Análisis crítico.

Metodología.

La conclusión de estas investigaciones expone, por lo tanto, que el efecto protector en cuestión no se debe a una errónea clasificación de los antiguos bebedores que tenían un elevado riesgo de crisis cardíaca entre los no bebedores. Parece deberse al consumo de alcohol durante la encuesta.

Señalemos de entrada que los dos equipos de investigadores tienen reservas sobre el uso de sus resultados. Hablaremos de ello tras el análisis de la metodología, ya que, evidentemente, las metodologías pueden discutirse:

- Observamos una ausencia de relación entre dosis-efecto en una investigación neocelandesa, que muestra un grado de protección equivalente para los consumidores de hasta 56 vasos por semana, lo que es "biológicamente improbable" según afirman algunos especialistas (7); sin embargo esta relación dosis-efecto se valora, como hemos podido comprobar en la investigación americana.

- Podemos destacar también la ausencia de estudios sobre el régimen vitamínico y el ejercicio físico.

- Podemos lamentarnos de la ausencia de estudios sobre la incidencia de las clases sociales, ya que en las sociedades anglosajonas los bebedores de vino se clasifican entre las clases sociales más favorecidas, lo que por otra parte se asocia con un menor riesgo de infarto.

- Las poblaciones estudiadas también son específicas al mundo anglosajón. S. Dally ha destacado (8) el escaso nivel de consumo: más del 60% no bebe alcohol habitualmente, el 20% bebe más de un vaso diario, y tan sólo el 3% admite consumir más de 3 vasos al día. Por lo tanto, en lo que a la extremidad de la

curva se refiere, los resultados son cuestionables, y no se puede afirmar "a fortiori" que el efecto protector existirá para dosis más elevadas.

- El recuento de una parte de los datos se realiza siempre de forma retrospectiva en los cuestionario; es un factor que origina errores, olvidos, e incluso modificaciones voluntarias. La mayoría de las veces el consumo de bebidas se minimiza, y éste no parece ser proporcional a la dosis realmente consumida. Este aspecto no se puede ignorar, no se puede realizar ningún estudio de consumo de forma totalmente científica, "a oscuras", tal y como puede que se realicen algunos tests terapéuticos.

Por otra parte, es siempre impreciso el paso de la observación a la conclusión, dado que la concomitancia de dos fenómenos no permite afirmar una casualidad: siempre podemos afirmar con el Pr Got que "los bebedores moderados son gente siempre moderada" (9) y por lo tanto están menos expuestos a los efectos negativos de otros factores (estrés, ...).

Recordemos un ejemplo de estos errores metodológicos: durante mucho tiempo se ha considerado al café responsable de enfermedades cardíacas, ya que no tuvimos en cuenta que entre los bebedores de café hay más fumadores: el papel atribuido al café desaparece cuando tenemos en cuenta el verdadero factor de riesgo, el tabaco.

Infarto: un origen factorial.

Además de estos elementos metodológicos, otras razones médicas deben incitarnos a ser prudentes.

¡No podemos decir que el alcohol es "bueno para el corazón" aunque el efecto positivo en sus arterias (coronarias) sea real, mientras que la alcoholización es responsable de problemas en el ritmo y en la fibra muscular, causadas por insuficiencia cardíaca y causan numerosas muertes súbitas después de los 50 años! (10).

Es preferible desconfiar de los enfoques médico-mediatizados.

Tras la primera descripción precisa de la angina de pecho en 1802, un médico inglés afirmó que los dolores se pueden suavizar mediante la ingestión de vino o alcoholes fuertes (11). Recurrimos frecuentemente a

este hecho confundiendo prevención de una crisis con efecto antiálgico. Este fue el caso de los promotores de whisky: utilizando la imagen del infarto, enfermedad de moda asociada al empresario del mundo occidental después de la guerra, difundieron el whisky entre las clases sociales más desfavorecidas (de hecho sabemos que el infarto incide más en esas clases sociales que se preocupan menos de los problemas de salud y de los riesgos existentes).

El infarto se debía al colesterol, que era entonces el parámetro biológico que había que observar... el diablo contra el que se tenía que luchar. Después se describió un colesterol bueno y otro malo; en realidad es el mismo, bien transmitido por medio del hígado por los LDL (Low Density Lipoproteines), responsables del depósito en las paredes de las arterias, bien circulando de la periferia hacia el hígado por medio de los HDL (High Density Lipoproteines), "desgrasando" las arterias. "El alcohol tiene efecto en el colesterol bueno al igual que la actividad deportiva", se dice a veces para el regocijo de los deportistas de la pequeña pantalla. Pero se ha descubierto que tiene mayores efectos sobre el colesterol malo. Después se han descrito dos o tres HDL diferentes. Ahora se miden dos transmisores más del colesterol, las apolipoproteínas A (benéficas) y B (peligrosas). También hemos demostrado que los factores de riesgo de la arterioesclerosis varían según la arteria.

Sin embargo, el colesterol no es bajo ningún concepto el único causante de los mecanismos de arterioesclerosis. Interviene como cofactor junto con otros factores innatos, como el potencial genético o el sexo, y se adquiere como la intoxicación por el tabaco y la diabetes.

La arterioesclerosis ha sido el primer factor determinante implicado en el infarto en los estudios coronográficos o necrópsicos (12) en sujetos enfermos o fallecidos. Posteriormente, pusimos en evidencia otros dos factores determinantes etiopatogénicos del infarto, la trombosis por agrupación de plaquetas y por el espasmo arterial. Es posible que el alcohol intervenga en este momento: la alcoholización parece favorecer la existencia de espasmos. En cuanto a la acción del alcohol en las plaquetas, podemos decir que es

doble: anti-asociativa, por lo tanto benéfica inmediatamente después de su absorción, pero asociativa tras un efecto posterior de rebote, lo que explicaría la alta incidencia de crisis cardíacas horas después de una comida en la que se ha ingerido mucho alcohol.

Estudio finlandés.

El tema es tan complejo que estudios recientes parecen demostrar que la acción de estos factores de riesgo puede tener efectos paradójicos que planteen serias dudas sobre el interés de cualquier tipo de prevención: hemos estudiado en Finlandia (13) los resultados de la observación de un grupo de 600 sujetos mediante una intervención médico-dietética media bastante apremiante (consulta 3 veces al año y consejos dietéticos, tratamiento de los problemas derivados de la tensión arterial y del metabolismo de los lípidos, visita una vez al año recordando los factores de riesgo): esta acción reduce los factores de riesgo pero no ha variado la tasa de mortalidad 5 años después con respecto al grupo de casos de figura que no había tenido ningún seguimiento; ¡es más, mientras que los dos grupos habían vuelto a su libertad, y que las diferencias de los factores de riesgo disminuían, los grupos se iban pareciendo, y observamos 15 años después del inicio del estudio un aumento de mortalidad por causas cardiovasculares y de muertes violentas en el grupo anteriormente descrito!

Este resultado ha sido inmediatamente seguido por los contrarios a la prevención como el Dr. Ben Saïd que escribió regocijado: "Una población puede reaccionar negativamente a la presión que ejercemos en ella... (el estudio) debería incitar a los forofos de la prevención a hacer un discurso menos presuntuoso. Menos terrorista" (14). El Dr. Castaigne analizó más objetivamente estos resultados (15) en lo que respecta a la mortalidad cardiovascular, demostrando que parecía tratarse de una ironía del azar: como no sabemos medir la susceptibilidad genética, que es el factor preponderante, el sorteo no es suficiente para anular el efecto de este factor mediante pequeñas insignificancias; sería necesario realizar estudios muy completos, que además nos aportarían respuestas muy imprecisas hasta que pudiéramos tener en cuenta esta variabilidad personal de origen genético. Para las otras causas de mortalidad,

la comprensión se nos va de las manos, esta sobremortalidad por muerte violenta y por cáncer digestivo se ha hallado en otros estudios en los que se trataba de hipercolesterol.

POR UNA VISION MAS AMPLIA DE LA PREVENCIÓN.

¿Es realmente necesario reflexionar sobre la metodología, mientras que muchos argumentos sustentan una crítica más radical?

Otras complicaciones médicas.

La política de prevención no puede limitarse a la del infarto, aún tratándose de una causa mayoritaria de mortalidad (más de 50.000 defunciones al año en Francia).

Las complicaciones médicas y la alcoholización se presentan sin ambigüedad en muchos campos:

- incluso en el campo vascular extracardíaco, junto con un aumento de la tensión arterial, se incrementa el riesgo de accidente cerebral.

- en el campo de los cánceres: cáncer de las vías aero-digestivas superiores, donde su acción se fortalece mediante el tabaco, así como cáncer de pulmón.

- las complicaciones gastro-enterológicas son demasiado conocidas para insistir en el tema. Recordemos sin embargo que la cirrosis de origen alcohólica es causa de 12.000 fallecimientos al año; las investigaciones de Péquignot y Thuyns (16) han demostrado que el riesgo de cirrosis aumentaba a partir de un consumo de 20 gr. de alcohol puro diarios.

- otros estudios (17) han demostrado el mismo incremento de riesgo de accidentes y de cáncer con más de 20 gr/día; el efecto protector que habría permitido "ganar terreno" y beber un vaso más, desaparece. El eslogan desgraciadamente clásico de una campaña del C. F. E. S. adquiere pues todo su sentido: "un vaso vale, tres vasos y habrá problemas". Señalemos sin embargo que la cirrosis no aparece habitualmente en los estudios anglosajones, pero es probable que se haya de tener en cuenta, con la implantación de un consumo medio (Esquema 5).

En Francia, se asume la mortalidad originada por el alcohol desde los trabajos de Ledermann de los que hablaremos más adelante: se supone que el alcohol tiene un efecto protector muy paradójico; ¡una verdadera

falsa-protección que no es un pasaporte a una vida más larga!

Problemas sociales.

La política de prevención no puede limitarse a las complicaciones médicas, silenciando los problemas sociales de la alcoholización aguda o crónica, del sencillo ausentismo de los lunes a los dramas de millones de vidas dañadas; es demasiado fácil justificarse en los demás -los mediadores sociales, los responsables del orden público...- permaneciendo en el torreón como especialista de una disciplina médica. Es lamentable, por ejemplo, que los clínicos del alcoholismo, del tabaquismo y de las enfermedades cardiovasculares se opongan ante objetivos parciales en lugar de cooperar por una política de prevención global y coherente.

MEDIATIZACIONES: DEL LABORATORIO AL MICROSCOPIO.

Tras la crítica de estos resultados de laboratorio, es conveniente fijarse en la información médica ante la explotación de los medios de información, tema que no se realiza con la prudencia deseada, y que a menudo resulta ser una explotación imprudente o interesada. Los autores de los dos estudios anteriormente citados habían expresado explícitamente sus reservas: "la afirmación de posibles efectos benéficos del alcohol para las coronarias debe encaminarse hacia una perspectiva de salud pública, hacia el seguimiento de otras consecuencias originadas por un consumo abusivo de alcohol" (18). "Nuestros resultados no describen las consecuencias de un consumo creciente de alcohol en el tiempo. Tan sólo si se han basado en patologías que puedan presentarse fuera de las coronarias. Otros muchos estudios han demostrado las consecuencias devastadoras para la salud de un consumo abusivo de alcohol, o de la alcoholización" (19).

Tras las prudentes conclusiones de estos conocidos especialistas en epidemiología, nosotros, modestos divulgadores, tomamos la palabra. Especialmente cuando nos llega del A. F. P. la siguiente notificación, de entrada demasiado rotunda, aún siendo más explícito el resto del texto. Podemos entender que ha sido rápidamente difundido y deformado: "Londres, 23 de agosto de 1992. Beber moderadamente protege contra las enfermedades del corazón" según las conclusiones de

un estudio publicado en el último número de la revista semanal británica llamada *The Lancet*. Según las investigaciones del equipo médico Eric Rimm, de la Harvard Medical School de Boston, beber de uno a tres vasos de alcohol al día reduce el riesgo de enfermedades del corazón en un 30%, y beber 4 vasos o más las disminuye en un 50% (20).

Veamos cómo se ha entendido esta "información": algunos artículos acogen favorablemente los resultados, pero hasta tal punto que se ven limitados: el *Journal International de Médecine* titula de la siguiente forma su excelente análisis: "Los garitos del corazón", subtitulándolo "El buen vino alegra el corazón", y poniendo bajo una fotografía, una cita literaria incongruente: "De todas formas, dale de beber, dice mi padre" (21). J. Y. Nau escribe un artículo prudente en *Le Monde* (22) titulado "A corazón abierto". El periódico *Le Meilleur*, al lado de la fotografía alentadora de un camarero con un vaso en la mano: "Beber un trago es bueno para la salud"; sin embargo, la conclusión del artículo es excelente: "¿Si bebemos unas copas para reducir el riesgo de arterioesclerosis, aumentando el riesgo de cirrosis, qué salimos ganando?", pregunta A. Perraudin (23). Es lamentable que para llamar la atención se utilicen títulos sensacionalistas que no concuerden con el texto: este recurso es conocido en el mundo de la prensa sensacionalista.

Existen errores más graves cuando, por intereses económicos, se utilizan estos datos médicos deformándolos; frecuentemente es el caso de *La Journée Vinicole* que no dudó en titular un artículo de la siguiente forma: "El alcohol, amigo del hígado" (24). Algunas revistas populares utilizan a menudo este título: "El vino cura todos los males". Pero como escriben o dicen algunos profesionales del mundo médico, médicos desconocidos "amigos del vino", o profesores de facultad, ¿por qué reprocharles a los no especialistas esta demagogia del gusto? (25).

Los habituales defensores del vino van a aprovecharse de la situación. Un equipo médico de Burdeos (26), dirigido por el doctor Masquelier, insiste desde hace largo tiempo en el papel que ejercen algunos compuestos del vino, vitaminas, oligoelementos, y principalmente los procianidinos del tanino, encontrados en la piel y en las pepitas de la uva. Han descrito los múltiples efectos de

estos componentes en la pared arterial y en el colesterol; además captan los radicales libres, agentes de envejecimiento celular: vemos cómo se perfila la imagen mítica del viticultor octogenario y amante de la buena vida.

Estas conclusiones han aparecido tan solo en los laboratorios de Burdeos, y además los vinos están enriquecidos por otros compuestos protectores... Extraño, muy extraño... Sin embargo, y aún siendo así, yendo más allá, podríamos afirmar que la uva y el zumo no fermentado deberían poseer este efecto, pero no existe ningún lobby suficientemente fuerte como para dar la buena noticia a los aficionados a la fruta natural.

Al otro lado del Atlántico, se lleva a cabo actualmente una campaña de los importadores de vino y de alimentos franceses sobre la "paradoja francesa": los franceses que comen un 30% de grasa más que los americanos, están protegidos por el infarto gracias al "french red wine". Un Programa muy popular de la cadena de televisión CBS ha hablado del tema del que se ha hecho publicidad en el New York Times, valorando la gastronomía francesa y utilizando los clichés habituales en los que el foie gras y otras maravillas culinarias se consumen como platos cotidianos por los habitantes de la "douce France".

LA PREVENCIÓN: UNA DISCIPLINA SUTIL.

La originalidad de las recientes conclusiones reside en que el efecto protector cardíaco del alcohol aumenta según la dosis, y sigue produciéndose para las dosis que aumentan los otros riesgos: para proteger el corazón, habrá que dañar los órganos.

Evidentemente, es un concepto aberrante de la prevención, pero se ha de analizar subjetiva y afectivamente.

- los fantasmas en torno al corazón son importantes en lo que respecta a lo imaginario del cuerpo; explican la importancia que se le da a la prevención del infarto, gran temor de las sociedades occidentales que viven en la abundancia y el estrés.

- la cirrosis es conocida y se ha convertido en algo trivial. Una de sus más graves complicaciones, la ascitis, se denomina en la jerga popular como "el callo de la barra del bar"; el hígado ya no es considerado como un órgano

noble, su función fisiológica no está clara, no sabemos que ejerce la función de desintoxicación, y que trabaja hasta el agotamiento, "sufriendo en silencio" y no durante la famosa "crisis de hígado" que tan sólo existe en la imaginación del francés al comer y beber.

- las implicaciones en el cerebro, y su repercusión en el nervio óptico, son poco conocidos, aún siendo éstos considerados órganos nobles: las consecuencias de leves repercusiones debidas a alcoholizaciones que no causan invalidez han sido observadas por el mundo laboral que exige hoy día unos esfuerzos intelectuales considerables y una adaptación permanente ante las nuevas técnicas (27).

Los razonamientos específicos a la alcoholología se enfrentan actualmente a la divulgación de un mensaje que incita sin duda a beber incluso pequeñas cantidades de alcohol:

- por razones médicas: determinados sujetos, especialmente vulnerables, son más sensibles ante insignificantes dosis. En la actualidad, esta vulnerabilidad no se puede predecir, por lo que hemos de creer al menos en el discurso estadístico y en los porcentajes.

- por razones socioculturales: la moderación es ante todo un estado de ánimo -lo que los Alcohólicos Anónimos denominan "sobriedad"- y no una cifra: la cantidad de vasos autorizados es un dato poco fiable, y la cantidad de gramos es un dato incomprensible para la mayoría de las personas.

Una de las dificultades estriba en pasar del consejo individual al mensaje colectivo: ciertamente, después de las conclusiones de estas investigaciones no hay ninguna razón para pedir a los sujetos moderados que cambien sus hábitos. Esto es posible mientras se da la privilegiada relación de un enfermo con su médico (doctor, especialista en dietética,...). Pero conviene ser más prudente a la hora de ofrecer un mensaje colectivo. Hay que evitar una precaución médica que será mal interpretada y distorsionada, y difundir mensajes que lleven la muerte dentro.

Estamos de acuerdo con N. Ben Saïd, cuando al comentar la investigación finlandesa, afirma lo siguiente: "Los que estamos en contacto con los pacientes no podemos ignorar el impacto "deletereo" de los discursos

so que, por prevenir las enfermedades, hacen previsiones incansables sobre los peligros mortales que les acechan. ¿Acaso podemos creer que un grupo de hombres de edad mediana, sometidos a unos tratamientos y una vigilancia incesante, cuyo objeto explícito es la muerte, no se obsesionen cada vez más? ¿Y podemos realmente pensar que esta obsesión no ha de tener consecuencia alguna? Esta influencia de los factores psíquicos es, sin duda alguna, difícil de demostrar. ¿Acaso debemos por ello calificarla de no científica, excluirla, y no entender que, en la experiencia finlandesa, el único factor invariable durante quince años de observación, incluso después de que las medidas concretas hayan sido anuladas, el sentimiento que podían tener los miembros del grupo de conejillos de Indias era el de estar en vilo?" (27).

LA PREVENCIÓN: TEMA QUE NOS AFECTA A TODOS

Tratemos de entender por qué llevar a cabo una política de prevención global es importante, por qué hay que conocer las fluctuaciones de estos porcentajes, estos vasos de más o de menos.

Desde que se publicó el estudio de Ledermann (29) creemos que hay que disminuir la media de consumo para reducir el carácter mórbido, es decir los casos patológicos. Este enfoque de Ledermann ha tenido pocos seguidores en Francia pero se le considera como la base de las políticas de prevención en todos los países del norte de Europa.

Recientemente, una investigación (30) ha confirmado la legitimidad de este enfoque; ha demostrado en el campo dietético la relación entre la media de algunas características y la cantidad de implicaciones de éstas: esta investigación ha vuelto a tratar el tema de la correlación existente entre el consumo medio de alcohol y el predominio del consumo elevado; esta relación ha sido observada en las poblaciones de 32 países. La importancia de esta correlación, en Gran Bretaña, superior al 0'9, lleva a la conclusión de que una disminución de la media de consumo semanal de un vaso haría disminuir la tasa de bebedores problemáticos en un 10% ("heavy drinkers").

Este enfoque de Ledermann señala la "solidaridad" entre los consumidores cuya relación social conlleva la alcoholización. Significa que los consumidores más extrema-

dos son hombres como los demás cuya diferencia es social y que no tienen ninguna monstruosidad biológica ni psicológica. Significa también que para ayudar a esta minoría, la mayoría de los consumidores ha de cambiar su conducta. Finalmente quiere decir que la prevención de la dependencia exige medidas que regulen la disponibilidad del producto del alcohol.

Hacia un mensaje bien dosificado.

Resumamos para concluir lo que hay que recordar para ofrecer un mensaje o realizar una campaña de prevención:

- adoptar una actitud prudente ante las investigaciones más elaboradas: todavía no hemos alcanzado una coherencia adecuada en este complejo tema.

Podemos tomar como ejemplo la función de la leche, que a pesar de su riqueza en lípidos de origen animal es también un protector cardiovascular: la proporción entre el consumo y el efecto sugiere la existencia de un factor de hipocolesterol y no la de un temperamento (¿pacífico?) especial en el bebedor de leche. Hablamos aquí de las encuestas sobre el consumo que ya hemos mencionado.

- rechazar ideas preconcebidas sobre el alcohol, que se basan en "remedios caseros", algunas de las cuales son mitos en nuestra cultura por su antiguo origen, cuando los fármacos eran escasos y el alcohol era el único producto ansiolítico, antiséptico, antiálgico... en el campo de batalla o en la vida doméstica.

- tener en cuenta el carácter irracional de la inconsciencia del interlocutor, de la dimensión de lo imaginario y lo simbólico en las palabras y las imágenes.

- tener en cuenta el medio social, el efecto de "contagio" o de "bola de nieve" que agrupa a los bebedores moderados y abusivos mediante complejos mecanismos de identificación o de rechazo: "Bebo menos, por lo tanto no hay riesgo para mí", dicen todos los consumidores ante un bebedor que les supera. El alcohólico es siempre otra persona, el del bar de enfrente... Observémoslos a nosotros mismos y admitamos nuestra responsabilidad común. No nos consolemos señalando a los que tienen una conducta "desviada".

Realizaremos así un buen trabajo de prevención, aunque haya polemistas que se mofen

de los que según ellos realizan las "cruzadas para la prevención". Nuestra intención es absolutamente pacífica. Tan sólo cuenta para nosotros la verdad científica, aunque sea cierto

que hay que levantar la espada contra los que llevan la muerte como un estandarte, en una lucha humana en la que deben estar presentes el corazón y la razón.

BIBLIOGRAFIA

1. Saint Léger, A. S.; Cochrane, A. L.; Moore, F. "Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine". *The Lancet* 1979; i; 1017-20.
2. Hennekens, C. H.; Rosner, B.; Cole, D. S. "Daily Alcohol consumption and fatal coronary heart disease". *Am. J. Epidemiol.*; 1978; 107: 196-200.
3. Marmot, M.; Brunner, E. "Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U shaped curve". *British Medical Journal*; 1991; 303: 565-8.
4. Shaper, A. G.; Wannamethee, G.; Walker, M. "Alcohol and Mortality in British Men: Explaining the U-Shaped Curve". *The Lancet*, 3 diciembre 1988: 1267-1274.
5. Rimm, E. B. y cols. "Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men". *The Lancet*; Vol. 338: 24 agosto 1991: 464-468.
6. Jackson, R. y cols. "Alcohol consumption and risk of coronary heart disease". *British Medical Journal*; Vol. 303: 27 julio 1991: p. 211-216.
7. Shaper, G. en *Alcohol Alert*, Londres, n.º 1, nov-dic. 1991; p. 3.
8. Dally, S. "Consumption d'alcool et risque cardiovasculaire". *Dépendances*. París 1991, n.º 3.
9. "Les bistros du coeur"; *Journal International Médecine*, Boulogne, 206; 11 sept. 1991: 16-17.
10. Regan, T. J. "Alcool et système cardiovasculaire" en el *Suplemento de Cardiología de JAMA*, Vol. 15, n.º 213. Octubre 1990: 37-43.
11. Heberden, W. "Commentaires on the history and cure of diseases". Londres, 1802; p. 367 y 369.
12. Barboriak, J. J. y cols. "Coronary artery occlusion and alcohol intake". *Br. Heart. J.* 1977, 39, 289-293.
13. Strandberg, T. E. y cols. "Long-term mortality after 5-year multifactorial primary prevention of cardiovascular disease in middle-aged men". *JAMA* 1991; 266: 1225-1229.
14. Bensaïd, N. "Coeur: le syndrome finlandais". En *Le Nouvel Obs*. 5-11 Dic. 1991.
15. Castaigne, A. *JAMA Hospitalier*, Vol. 3 -n.º 27, Nov. 1991-705.
16. Pequignot, G. "La Relation Production/Offre/Consumption/Pathologie in Alcool et Economie". Actas de la Universidad del ANPA. Royan, jun. 1986 - Cahiers du CNDCA 1987, págs. 221-238.
17. Estudios citados en Marmot, M.; Brunner, E. *British Medical Journal*, op cit.
18. Jackson, R., op cit p. 215.
19. Rimm, E. B., op cit p. 468.
20. *Depeche A. F. P.* de 23 de agosto de 1991-0038 GB-Salud.
21. *Journal International Médecine*, op cit.
22. Nau, J. Y. "Alcool, atout coeur". *Le Monde* 27 agos. 1991.
23. Perraudin, A. "Boire un petit coup... C'est bon pour la santé". *Le Meilleur* 31 agost. 1991.
24. *Journée Vinicole* 18-19 Noviembre 1985.
25. Nous enfreindrons les règles méthodologiques de la bibliographie en ne donnant pas les références de ces textes débiles, déjà trop connus.
26. Masquelier, J. "Effets physiologiques du vin, sa part dans l'alcoolisme". *Bulletin de l'Office International de la Vigne et du Vin*. Jul-Agos. 1988.
27. Dally, S. "Du cerveau à l'ordinateur". *Alcool ou Santé*. París n.º 177, n.º 2-1986.
28. Bensaïd, N., op cit.
29. Ledermann. "Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation". PUF, 1956, París.
30. Rose, G. Days, S. "The population mean predicts the number of deviant individuals". *British Medical Journal*. Vol. 301, 3 nov 1990: 1031-1034

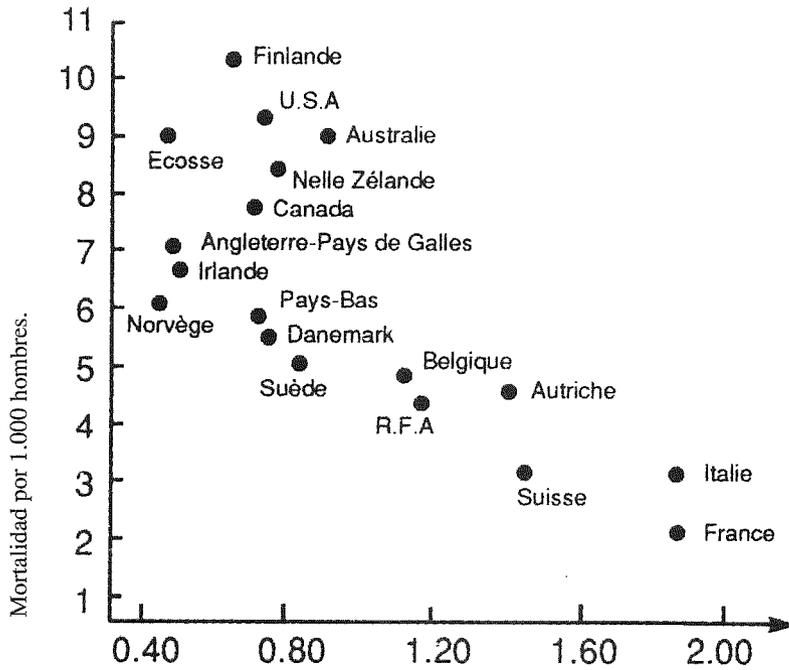


Tabla 1: Mortalidad cardíaca y consumo de vino (Escala log. 10)

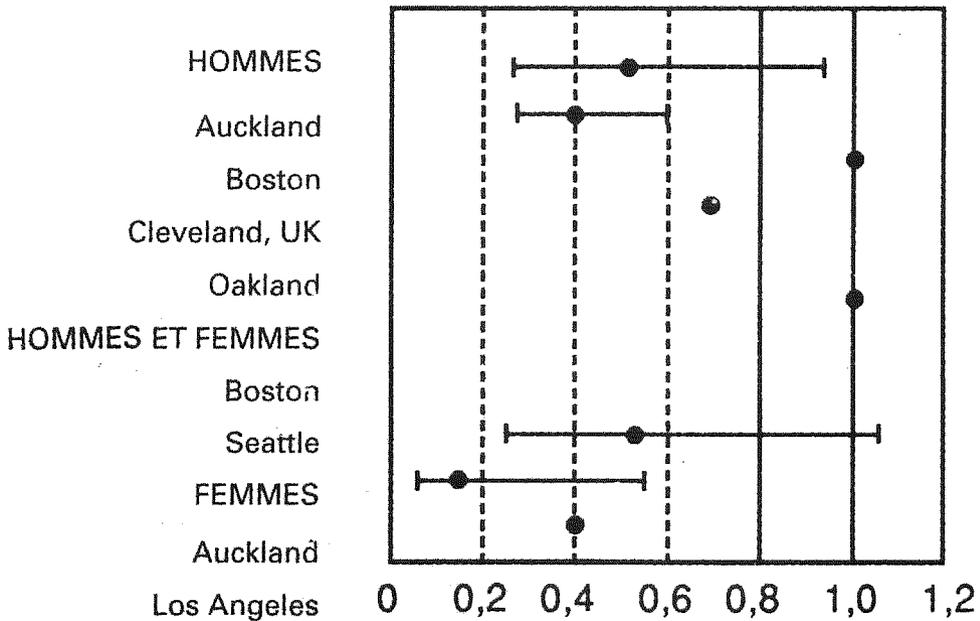


Tabla 2: Riesgo relativo de enfermedades coronarias de los bebedores moderados (<5 unidades/día) comparado con los no bebedores. Estudio de caso de figura.

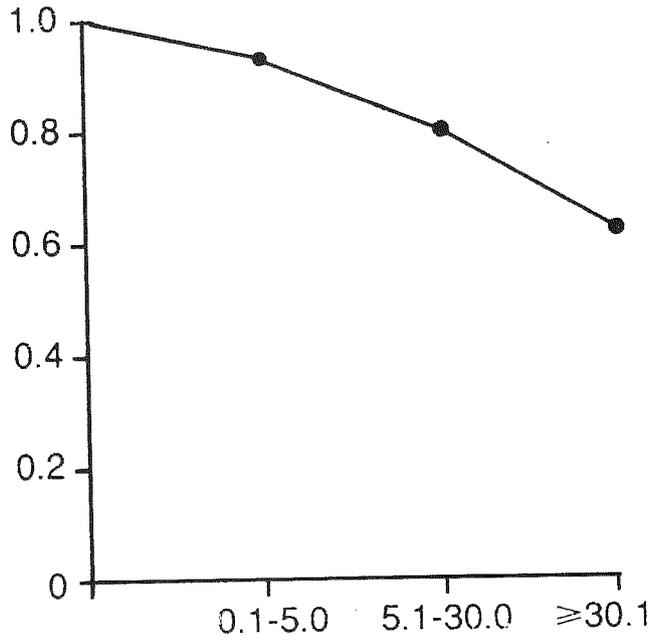


Tabla 4: Riesgo relativo de enfermedad coronaria en función del consumo de alcohol (estudio americano).

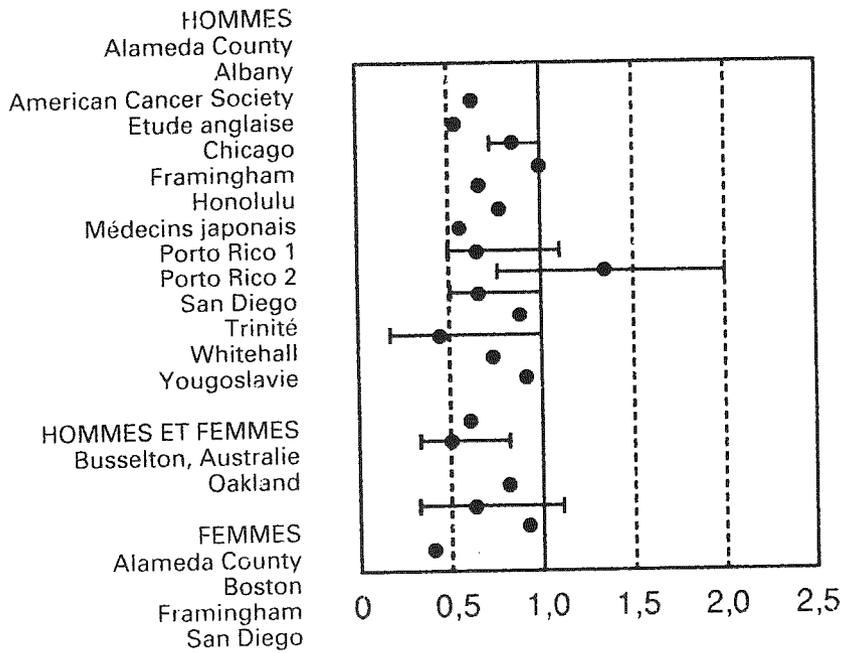


Tabla 3: Idem Tabla 2. Estudio prospectivo.

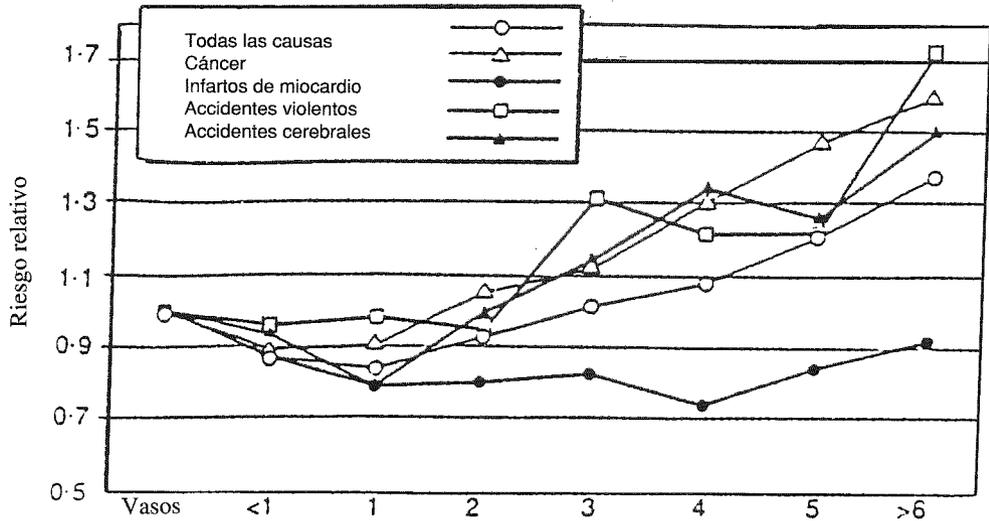


Tabla 5: Riesgo de mortalidad en función del número de vasos de alcohol al día.