



LA FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES, A.C.,

AGRADECE EL APOYO DE LAS SIGUIENTES EMPRESAS:

Bacardi y Cía.

Casa Cuervo

Industrias Vinícolas Pedro Domecq

Grupo Televisa

Seagram de México

United Distillers

CUADERNOS FISAC

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE LA FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES, A.C.

OCTUBRE 2000, AÑO 1 VOL. 1 NÚMERO 008

•SOCIOS FUNDADORES

Emilio Azcárraga Milmo (†)

Nazario S. Ortiz Garza (†)

•PRESIDENTE HONORARIO

Antonio Ariza Cañadilla

•PRESIDENTE EJECUTIVO

Dr. Gastón T. Melo Medina

•PATRONATO 1999

PRESIDENTE

Lic. Isaac Chertorivski Shkoorman

Miguel Alemán Magnani

Antonio Ariza Alduncin

Emilio Azcárraga Jean

Juan Beckmann Vidal

Amador de Carvalho

José Gorbea Treviño

Juan Grau

Jorge Kanahuati Gómez

Cristóbal Mariscal Estrada

Alejandro Quintero Ñiñiguez

Manuel Rubiralta Díaz

Julio C. Treviño Azcué

Edgar Valderrama García

•DIRECTOR GENERAL

Lic. Ignacio Ybarra Duperou

•COORDINADOR EDITORIAL

Dr. Marco Polo Peña-Corona Gutiérrez

•COMITÉ EDITORIAL

Lic. Alicia Argüelles Guasquet

Lic. Federico Cabrera Amezcua

Dr. Gastón T. Melo Medina

Dr. Marco Polo Peña-Corona Gutiérrez

•EDICIÓN Y FORMACIÓN DE TEXTOS

Psic. Claudia Gabriela Feria Basurto

Psic. Nora Angélica Martínez Velez

Psic. Alejandra Medina Silva

C.G. Cynthia Romero

D.R. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.

Francisco Sosa 230, Coyoacán, México, D.F.

E-mail: fisac@fisac.org.mx www.fisac.org.mx

ISBN 04-2000-021418123700-105.

Se autoriza la reproducción siempre y cuando se cite la fuente.



EN ESTE NÚMERO:

«EL CONSUMO MODERADO DE BEBIDAS CON
ALCOHOL COMO FACTOR DE PROTECCIÓN DE LA
SALUD, ¿MITO O REALIDAD?»

Dr. Gastón T. Melo Medina

pág. 7

INTRODUCCIÓN: EL CONSUMO DE BEBIDAS CON
ALCOHOL Y LA SALUD

Dr. Marco Polo Peña-Corona Gutiérrez

pág. 11

USO DE LAS BEBIDAS CON ALCOHOL COMO
MEDICAMENTO EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA

Dr. Carlos Viesca Treviño

pág. 17

ENFERMEDAD CORONARIA Y
CONSUMO MODERADO DE BEBIDAS CON ALCOHOL

Dr. Gustavo Pastelín Hernández

pág. 23

CONSUMO MODERADO DE BEBIDAS Y
ENFERMEDAD METABÓLICA

Dr. Alberto Lifshitz W.

pág. 31

RIESGOS Y BENEFICIOS DEL CONSUMO DE BEBIDAS
CON ALCOHOL, UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA

Dr. Malaquías López Cervantes

pág. 41

MESA DE DISCUSIÓN

pág. 51

CONCLUSIONES

pág. 63

MESA DE DISCUSIÓN

Dr. Guillermo Sheridan Prieto
Director General
Fundación Octavio Paz

Dr. Julio González Molina
Consultor de Promoción de la Salud
OPS/OMS, México

Dr. Alberto Lifshitz W.
Director General
Dirección de Insumos para la Salud, SSA

Moderador:
Dr. Marco Polo Peña-Corona
Gutiérrez

Dr. Carlos Viesca Treviño
Jefe del Departamento de Historia y Filosofía
de la Medicina, Fac. de Medicina, UNAM

Dr. Malaquías López Cervantes
Investigador titular
Instituto Nacional de Salud Pública, SSA

PARTICIPANTES DEL PÚBLICO ASISTENTE

Dr. Gastón Melo Medina
Presidente Ejecutivo
FISAC

Lic. Jorge Larrea
Director General
Monte Fénix

Dr. José Antonio Elizondo López
Director General
CAIPA

Dra. Ma. Elena Medina Mora
Directora del Departamento de Estudios
Epidemiológicos y Sociales.
Inst. Nal. de Psiquiatría, SSA

Lic. Paul Slomiansky
Director de Coordinación
Bacardí Latinoamérica

Dra. Amalia Gamio Ríos
Asesora del Presidente de la
Comisión de Derechos Humanos del
Distrito Federal

Nota: Los contenidos y opiniones expresados en las ponencias, mesa de discusión y las conclusiones, son responsabilidad de los autores y participantes y no reflejan la opinión de la Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.

CONSUMO MODERADO DE BEBIDAS

CON ALCOHOL COMO FACTOR DE PROTECCIÓN DE LA SALUD ¿MITO O REALIDAD?

PALABRAS DEL DR. GASTÓN MELO
Presidente Ejecutivo de FISAC

Muy buenos días, me da mucho gusto recibirles en esta su casa la Fundación de Investigaciones Sociales, un espacio que siento hemos hecho nuestro. De esta comunidad que se ha venido creando alrededor de las distintas actividades de la Fundación de Investigaciones Sociales.

Veo cada vez más amigos y menos invitados, cada vez más esta pequeña y muy significativa comunidad de profesionales atentos, vinculados a nuestras distintas especialidades y que aquí recogemos en este Seminario Permanente con la idea de la cultura, el alcohol y la salud como rutas de reflexión.

Como cada dos meses nos reunimos aquí para llevar a cabo las sesiones del Seminario sobre la Investigación, la Cultura y la Salud. El día de hoy tenemos para desarrollar el tema “El consumo moderado de bebidas con alcohol como un factor de protección de la salud, ¿es esto un mito o es una realidad?”

La pregunta que está en el título de este seminario, se ha planteado desde hace probablemente siglos en diferentes culturas. El uso de las bebidas con alcohol como medicamento o bálsamo para aliviar dolencias es registrado en los relatos bíblicos y en los mitológicos. Las bebidas eran consumidas tanto por los mortales como por los dioses.

Las consejas populares, atribuyen a algunas bebidas cualidades específicas, como por ejemplo, que “el whisky sube la presión”, o bien que “el brandy baja la presión”, o que “el tequila adelgaza la sangre”, que “el pulque tiene tantas proteínas como la carne”, que “la cerveza hace buena leche en las madres lactantes”, etc. Algunos productores de

bebidas con contenido de alcohol, publicitan su producto como “Bebida de moderación, altamente nutritiva”.

Pero el consumo de bebidas con alcohol -desafortunadamente, bien lo sabemos-, no ha sido solo con fines de degustación y menos aún con propósitos curativos y los efectos negativos de la intoxicación, han llevado a algunos grupos a satanizar e incluso prohibir totalmente su consumo, como sucede entre los individuos de la religión musulmana.

Sólo hasta hace unos cuantos años empezó a documentarse el posible efecto protector del consumo moderado, en especial en relación con los padecimientos cardiovasculares. Más recientemente, se ha mencionado en la literatura científica, que ese consumo moderado, también puede contribuir a mejorar la condición de otro tipo de enfermos, como por ejemplo los pacientes diabéticos.

El impacto que tiene en los sistemas de salud el consumo de bebidas con alcohol, aparentemente sólo se inclina a reflejar las consecuencias del abuso, manifestado en padecimientos como la cirrosis hepática o los accidentes y no refleja los posibles beneficios del consumo moderado.

Para disertar y comentar sobre estos aspectos, nos honran con su presencia cinco prestigiados médicos y un destacado intelectual. En la primera presentación de esta mañana, el doctor Carlos Viesca Treviño, nos comentará sobre cómo ha sido el “Uso de las bebidas con alcohol como medicamento en la historia de la medicina”.

En segundo término, el doctor Alberto Lifshitz, nos hablará sobre el “Consumo de bebidas con alcohol y enfermedades metabólicas”

La tercera presentación correrá a cargo del doctor Malaquías López Cervantes y ésta se titula “Riesgos y beneficios del consumo de bebidas alcohólicas, un enfoque de salud pública”

La última presentación de esta mañana será la del doctor Guillermo Hamdam de la Flor, quien abordará el tema “Enfermedad coronaria y su relación con el consumo moderado de bebidas con alcohol”.

Comentarán en la mesa de discusión el Doctor Julio González Molina y el Maestro Guillermo Sheridan Prieto.

Invito a todos ustedes a que los escuchemos con atención y como es nuestra costumbre, solicito al Dr. Marco Polo Peña Corona, organizador y coordinador de estos seminarios, para que modere las presentaciones, la mesa de discusión y las conclusiones a las que lleguemos en las próximas dos horas.

Antes de cederles la palabra a nuestros distinguidos invitados del día de hoy quisiera junto con todos ustedes hacerle un reconocimiento al Dr. Marco Polo Peña Corona quien de manera muy profesional, muy comprometida, ha venido a lo largo de este último año animando estos seminarios, desarrollando en esta fundación la función de un *Lieçon* de calidad para vincularnos con la comunidad científica, con la comunidad médica, con la comunidad intelectual, tanto corriendo las invitaciones como llevando materia de reflexión a cada una de las mesas de los excelentes ponentes que han acudido a este seminario a lo largo del año para tratar los distintos temas. Yo te agradezco mucho, Marco, en lo personal tu profesionalismo, tu disposición y sobre todo, desde el punto de vista social, el hecho de que estos seminarios tengan un reflejo muy claro en productos tan concretos como son estos cuadernillos que te han implicado mucho trabajo y a los que les has dedicado tu tiempo tan valioso y profesional, de tal manera que antes de proceder a nuestro seminario el día de hoy sí quisiera que me acompañaran en un aplauso y yo en un abrazo a Marco.

Coyoacán, D.F. octubre 18 de 2000

Nota aclaratoria:

(Por razones personales de fuerza mayor el Dr. Guillermo Hamdam de la Flor no pudo hacer su presentación. Siendo un tema tan relevante y relacionado al consumo y las enfermedades cardiovasculares se optó por incluir el resumen del Dr. Gustavo Pastelín Hernández)

Introducción

EL CONSUMO MODERADO DE BEBIDAS CON ALCOHOL Y LA SALUD

DR. MARCO POLO PEÑA-CORONA GUTIÉRREZ
LIC.PSIC. CLAUDIA G. FERIA BASURTO
LIC. PSIC. ALEJANDRA MEDINA SILVA

Es posible afirmar que casi todas las sociedades y culturas, aún las poco desarrolladas, identificaron que mediante el proceso de fermentación de diversos frutos era posible la producción de bebidas con contenido de alcohol, como la cerveza o el vino. Rápidamente identificaron también los efectos que producía en la conducta y conciencia de quienes las ingerían con abundancia, desde los efectos placenteros hasta los daños en la salud o la afectación que generaban en terceros, por lo que en la mayoría de las culturas se establecieron medidas que limitaron su consumo a usos ceremoniales y celebraciones específicas, así como prohibiciones para evitar que los jóvenes y aún los adultos jóvenes las usaran, contrastando con una actitud de gran tolerancia para el consumo y aún el abuso por parte de los considerados “viejos”.

Los relatos mitológicos y la historia, dan cuenta de innumerables hechos en los que ha estado presente el consumo de bebidas con alcohol. En la Biblia, en el viejo testamento, se relata sobre la “borrachera” de Noé; también la Biblia cuenta como Jesús realizó la conversión del agua en vino durante las bodas de Canan.

Platón señaló la inconveniencia del consumo de bebidas entre la gente joven y los beneficios del mismo para la salud de los ancianos. Dioscórides, Galeno e Hipócrates señalaron tanto las enfermedades debidas a los efectos negativos de la intoxicación repetida, como las bondades o efectos medicinales del vino, que clasificaron de acuerdo a sus características de color, temperatura y concentración, para el remedio de diversos estados como la fiebre o la disentería.

En algunos grupos humanos, son utilizadas las bebidas con contenido de alcohol por su aporte calórico y constituyen (generalmente de manera equivocada), una fuente energética adicional en su dieta alimentaria, como sucede en nuestro país, en especial en algunas regiones de la zona centro, con el consumo de pulque.

Durante siglos, el consumo de bebidas con mayor o menor contenido de alcohol, evolucionó y a la fecha en prácticamente todas las

culturas —excepto algunas por motivos religiosos— se consumen. Debemos recordar que para algunos grupos representaba (y aún en estos días representa), una forma de almacenamiento para asegurar el suministro de un líquido para el organismo. Hasta fines del siglo XIX y aún a principios del siglo XX, en algunas sociedades, era raro e incluso mal visto el que alguien se declarara como abstemio. Era también común que los medicamentos, en forma de tónicos, emulsiones, elixires o jarabes, tuvieran como base una cierta cantidad de alcohol. Este uso es todavía abundante en la elaboración de la medicina homeopática.

Sin embargo, en la primera mitad del siglo XX, los registros hospitalarios y de mortalidad, hicieron notar que el abuso en el consumo de bebidas con alcohol, se vinculaba al desarrollo de enfermedades y accidentes. De la misma forma, eran cada vez más evidentes los daños sociales causados por las personas que se intoxicaban con bebidas alcohólicas y el crecimiento del número de dependientes o adictos a su consumo.

Dentro de las patologías más señaladas entre las asociadas al abuso en el consumo, se encuentra la cirrosis hepática. El alcohol que es metabolizado en el hígado se vuelve un producto altamente reactivo metabólicamente: el acetaldehído que es probablemente la causa del daño en el hígado y que lleva de manera secuencial daños identificados como: un hígado graso, fibrosis perivascular, hepatitis alcohólica aguda y, eventualmente, la potencial y fatal cirrosis. De acuerdo con una publicación de Sorensen, el riesgo de desarrollar cirrosis debido al consumo de alcohol de 50 gramos o más por día, después de 10 o 15 años, se ha estimado en un 2% anual.

Otro efecto identificado por el abuso en el consumo es el aumento de la presión sanguínea. Un estudio desarrollado por Kell apunta que con un consumo por arriba de 30 gramos al día, la presión sistólica aumenta de 1 a 2 mmHg. En cada incremento siguiente de 10 gramos de alcohol al día, la presión diastólica se ve aumentada en 1 mmHg. El efecto del aumento en la presión sanguínea es el incremento de riesgos por hemorragias cerebrales y subaracnoideas, los llamados “accidentes cerebro vasculares”.

Entre los llamados “bebedores fuertes”, se ha identificado otra patología, la “enfermedad alcohólica del músculo cardíaco”, un término más específico para la cardiomiopatía, que causa paro cardíaco y puede ocurrir debido a un consumo excesivo y continuado durante varios años.

De especial interés y trascendencia -ya que se presentan mayoritariamente en la población de jóvenes y adultos jóvenes-, es la vinculación que se identificó que existe entre el abuso en el consumo y la presencia de lesiones o muerte debida a los accidentes (principalmente de vehículos de motor y caídas), envenenamientos, peleas o intentos de suicidio y accidentes de tipo laboral, los cuales son más comunes en relación directa al incremento en el consumo.

Las mujeres sufren el riesgo específico de cáncer de mama, son también más susceptibles al desarrollo de cirrosis hepática y tienen un mayor riesgo de enfermedad vascular.

Algunos países adoptaron medidas prohibicionistas durante la primera mitad del siglo y ciertamente disminuyeron considerablemente esos problemas de salud.

Otro ejemplo de la repercusión en el estado de salud de toda una población como consecuencia de la disminución del consumo, es la disminución en las tasas de cirrosis hepática observada en Francia después de la guerra.

La percepción de que el alcohol era malo para la salud, fue tan arraigada, que la idea de que cualquier cantidad podría ser benéfica, era muy difícil de asimilar y solamente durante los últimos 15 años los cardiólogos y especialistas en medicina preventiva, han permitido considerarla seriamente.

En los años 20, un investigador americano, Raymond Pearl publicó un libro en que daba cuenta de los posibles efectos benéficos para el sistema cardiovascular del consumo repetido y moderado de bebidas con alcohol, sin embargo ese trabajo tuvo poca difusión y repercusión. Estudios posteriores como el de Framingham desarrollado por Friedman y Kimball y los llevados a cabo por diversos investigadores, como Keys, Boffetta, Thum, Stason, Moore y Pearson, Marmot y Brunner, Poikolainen, Rimm y Doll, permiten señalar los efectos benéficos que tiene en la salud y aún en una mayor esperanza de vida, el consumo repetido o cotidiano de pequeñas cantidades de alcohol, no solamente en la prevención de la enfermedad isquémica del corazón, sino en la de otras enfermedades como la diabetes mellitus o la colecistitis y posiblemente algunas otras enfermedades de tipo infeccioso. La suma de esos estudios permite plantear que los efectos benéficos se presentan mediante el llamado "*Consumo moderado*", que es definido en individuos

sanos, como *“la ingesta en pequeñas cantidades en cualquier momento, sin llegar nunca a la intoxicación, incluyendo el consumo cotidiano de “una a dos copas de una bebida estándar”*, sin rebasar un máximo de 12 a 14 copas por la semana en los hombres y de 10 a 12 copas en las mujeres.

A pesar de esto, en nuestro país, los datos de los registros de las instituciones de salud muestran que existe un grave problema de salud por el abuso en el consumo de bebidas con alcohol, si bien esos datos deben ser analizados con extremo cuidado para no caer en juicios precipitados y medidas de control equivocadas.

Es verdad que la cirrosis hepática está entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad, pero también es verdad que las cifras más altas se concentran en un área geográfica específica (la zona centro del país) y con relación a un tipo de bebida, el pulque, así como el que otros factores, sobre todo de tipo sanitario y aún genético, pueden participar en el desarrollo de la enfermedad.

Igualmente es cierto que el índice de accidentes laborales, en vehículo de motor, así como los casos de violencia y lesiones se han incrementado, sobre todo entre la población que está entre los 15 y los 35 años de edad y que en un gran porcentaje —o al menos un porcentaje que socialmente no es aceptable— se encuentra relacionado con el abuso en el consumo de bebidas con alcohol.

Un estudio sobre economía de la salud desarrollado hace pocos años en nuestro país, estimó que el 9.3% del peso total de la enfermedad se debe al consumo de bebidas con alcohol. Una cifra demasiado alta para nuestra sociedad y para cualquier sociedad.

¿En qué medida el establecimiento de límites en el consumo es una responsabilidad del estado?, ¿En qué medida es una responsabilidad individual?, ¿En qué medida es una responsabilidad compartida por todos los integrantes de la sociedad?, ¿Qué es lo que se sabe sobre los efectos benéficos del consumo de bebidas con alcohol en términos de salud?, ¿Qué es un consumo moderado en nuestra cultura?

Estas son algunas de las preguntas que probablemente debemos plantearnos y que foros de difusión y divulgación permiten discutir y en el mejor de los casos, proponer alternativas para la sociedad.

Notas

ANDERSON P. (1998) Alcohol, cardiovascular diseases and public health policy. In: *Alcohol and Cardiovascular disease. Novartis Foundation Symposium 216*. John Wiley, Chichester

BOFFETTA, P., Y GARFINKEL, L., In Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society Prospective Study”, en *Epidemiology*, núm.1, 1990, pp. 342-348

DOLL R, PETO R, HALL E, WHEATLEY K, GRAY R. (1994) Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *Brit med J* **309**:911-918

DOLL R, PETO R, HALL E, WHEATLEY K, GRAY R. (1997) Alcohol and coronary heart disease reduction among British doctors: confounding or causality? *Eur Heart J* **18**:23-25

FRIEDMAN LA, KIMBALL AW. (1986) Coronary heart disease mortality and alcohol consumption in Framingham. *Amer J Epidemiol* **124**:481-489

KEIL U, LIESE A, FILIPIAK B, SWALES JD, GROBBEE DE. (1998) Alcohol, blood pressure and hypertension. In: *Alcohol and cardiovascular diseases. Novartis Foundation Symposium 216*, pp. 125-144. John Wiley & Sons, Chichester.

MARMOT M, BRUNNER E. (1991) Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U-shaped curve. *Brit med J* **303**:565-568.

MOORE RD, PEARSON TA. (1986) Moderate alcohol consumption and coronary heart disease. *Medicine* **65**:242-267

MURRAY CJL, LOPEZ AD. (1996) *The global burden of disease*. Harvard School of Public Health, Boston

PEARL R. (1926) *Alcohol and longevity*. Alfred A. Knopf, New York

POIKOLAINEN K. (1995) Alcohol and mortality: a review. *J*

Clin Epidemiol **488**:445-465

RIMM EB, WILLIAMS P, FOSHER K, CRIQUI M, STAMPFER MJ. (1999) Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *Brit Med J*, **319**, 1523-8

SØRENSEN TIA, ORHOLM M, BENTSEN K, HØYBYE G, EGHØJE K, CHRISTOFFERSEN P. (1984) Prospective evaluation of alcohol abuse and alcoholic liver injury in men as predictors of development of cirrhosis. *Lancet*, **ii**, 241-244

STASON WB, NEFF RK, MIETTINEN OS, JICK H. (1976) Alcohol consumption and non-fatal myocardial infarction. *Amer J Epidemiol* **104**:603-608.

THUN MJ, PETO R, LOPEZ AD, MONACO JH, HENLEY SJ, HEATH CW, DOLL R. (1997) Alcohol consumption and mortality in middle-aged and elderly US adults. *New Engl J Med* **337**:1705-1714

Uso de las bebidas con alcohol

COMO MEDICAMENTO EN
LA HISTORIA DE LA MEDICINA

DR. CARLOS VIESCA TREVIÑO
Fac. de Medicina, UNAM

Yo traigo acordeones a la “antigüita”, mis compañeros traen elegantes discos y medios electrónicos, yo todavía me cargué dos “libritos” para leerles algunos pequeños detalles, o sea que esto me declara en el siglo más que antepasado, pensando que ya estamos en el XXI, porque yo todavía soy de los tontos que cree que el cero sí cuenta, después de los mayas fundamentalmente.

Se ha escrito mucho y se ha hablado aún más sobre los daños que produce el consumo de alcohol moderado e inmoderado, se ha jugado en muchos términos, pero si nos remontamos atrás la visión de la medicina hacia el alcohol habla de beneficios y habla de perjuicios. Ya decía Gastón Melo hace un momento desde los momentos bíblicos, el pobre de Noé es el primero que carga con los problemas del vino, pero después de que alguien que se lo ofreció, lo había disfrutado y no le había pasado lo mismo. Aquí en nuestro medio a Quetzalcoatl le pasó igual, lo engañaron para que bebiera pulque y parece ser que le fue bastante mal, después hubo una “cruda moral” muy fuerte que acabó con la destrucción de Tula, pero por lo pronto él y la princesa Xochitl se la pasaron muy bien. Entonces tiene este doble juego de beneficio y desventaja y uno de los médicos muy importantes, médico personal de Carlos V, el doctor Andrés Laguna, (que por cierto el año pasado fue la conmemoración de los 450 años de su nacimiento y hubo grandes “mitotes” en Segovia que fue su tierra natal), comentando un texto clásico de la antigüedad, el texto de Dioscórides decía: “el vino tiene serios problemas, causa muchos males”, y empieza haciendo una larga lista de males y ya que todos quedamos convencidos -como pasó con Alejandro Magno que estando borracho mató a su amigo y demás cosas-, nos dice: “pero también es fuente de muchos bienes, el vino tiene acción medicinal”, y empiezo a hacer el comentario sobre el texto de Dioscórides -del que en un momento les voy a leer un pasaje- en donde plantea que el vino también es medicina y lo juzga en dos razones diferentes, es medicina *per se*, es decir el vino como tal, es fuente de combinación para servir de

sustento a otros medicamentos y dice enaltecer sus acciones y sus ventajas, es decir hablaríamos de medicamentos diluidos en vino y tomados en vino y por otro lado un producto derivado de él, el vinagre que es eminentemente medicinal, tanto que todavía muchos siglos atrás y esto fue vigente 18 siglos en la medicina occidental, Galeno planteó que las únicas dos bases elementales, los medicamentos simples, básicos eran el agua y el vinagre.

Después, había composiciones diferentes en relación con este último, pero entonces, con este abanico de posibilidades podríamos platicar un poco sobre ¿cómo se ha pensado que el vino sea medicina? Una primera situación sería: ¿es el vino, o los vinos?. Todos estamos conscientes de la diferencia de coloración del vino o los vinos, pero también a partir de cierto refinamiento en las culturas del vino, como sería la cultura griega y después la cultura romana se va planteando que, vinos diferentes de diferentes regiones toman aspectos de la tierra, toman aspectos del aire, toman elementos de un ecosistema determinado y van a ser diferentes y a tener acciones que pueden utilizarse en forma diferencial.

Hay vinos de diferentes tipos, por ejemplo Hipócrates plantea esta diferencia en forma muy especial, en el régimen de las enfermedades agudas plantea que cuando un paciente no bebe, la medicina con vino debe de darse con mucho cuidado porque seguramente le va a hacer daño; cuando un paciente tiene cierta costumbre al vino, el vino debe tomarse en primer término como posibilidad medicinal inmediata, es decir, lo primero que se debería de plantear es, no un cambio de régimen, sino un reforzamiento del régimen de salud para regresar a la salud de ese enfermo. Estaríamos hablando de un concepto de equilibrio, entonces por ejemplo, el tipo de bebida debe ser diferente y deberá variar de acuerdo a una consideración que hará el médico entre la fuerza y características de la enfermedad, la fuerza y características del enfermo y la fuerza y características del régimen de alimentación y de bebidas que se le apliquen.

Entonces, en términos muy generales nos plantea: los vinos tintos (rojos) deberán ser usados en enfermedades que no sean muy graves, en pacientes que tengan una constitución fuerte y cuyas fuerzas no estén al punto de extinguirse, al punto de debilidad máxima, y además debe de pensarse que los vinos rojos –habla fundamentalmente de los vinos de las islas de Quios y de Samos- y no muy dulces, deben utilizarse para regresar calor y consumir humedad. En cambio, los vinos blancos

deberán usarse no para consumir calor sino para mantener una temperatura estable, templada, o bien dados frescos- y aquí ahora hablaría de los vinos del Ática, de los vinos de Limeto- para usarse en términos de refrescar el cuerpo y no consumir humedad sino retener humedad. Esto era muy lógico, si pensamos en una teoría en donde las enfermedades se consideran causadas por equilibrios y desequilibrios, y donde las sustancias que se desequilibran tienen características físicas particulares: frío, calor, humedad y sequedad, entonces en ese sentido el vino sería uno de los medicamentos etiológicos si buscamos que va a corregir las causas generales de la enfermedad.

Hay otra consideración importante, el aspecto integral, el vino se considera que adquiere sus propiedades no sólo en lo que después se va a llamar la quinta esencia, que haría que las uvas sean uvas y que el vino de uva sea vino, sino lo que toma de la tierra y del aire, del entorno, de la región en que vive. Los textos hipocráticos se basaron en la consideración del agua y la tierra, los lugares para caracterizar diferentes entornos con distintas situaciones que se pueden identificar perfectamente y hablar de las enfermedades que son más propias de un lugar determinado, y dentro de un lugar, de una estación del año, y de un clima: cuando llueve, cuando no llueve, cuando hay más sequía, cuando hay menos sequía, cuando hay más calor, etc. Entonces, esto también va a incidir, no sólo en las características de los pobladores sino también en las características de los vinos, lógicamente.

Otro autor de la misma antigüedad clásica, Dioscórides marca algunas diferencias muy, muy particulares en relación ya no con el vino, sino con los vinos. Por ejemplo, él habla de las vides salvajes, las originarias del Lambrusco, un vino que sigue existiendo en Italia, en la actualidad y nos dice, ellas son diferentes que la vid doméstica aunque las hojas y los sarmientos se parecen pero en términos medicinales, son muy importantes ya que producen más crudezas y eliminan menos humores que las demás.

Otros tipos de vinos que él marca, por ejemplo, la naturaleza del vino curativo por excelencia –y le dedica bastantes páginas- pero empieza a hablar de los pros y los contra: el vino viejo es dañino a los nervios y a todos los otros instrumentos de los sentidos, el problema es que es más agradable al gusto -aquí, ya podríamos ir leyendo entre líneas el juego del exceso y la moderación- “conviene que se guarden los que tienen algún miembro inferior flaco, los fuertes lo podrán tomar sin mayor problema. El vino blanco es sutil, se distribuye fácilmente y es amigo del estómago”. Aquí hablaríamos de este primer juego de los digestivos sutiles (en este caso, digestivos suaves) que también nos marcan

una división que ha salido de la medicina y ha pasado a las cartas como aperitivos, digestivos, etc. planteándonos efectos medicinales en términos de efectos en la salud y de un buen aprovechamiento y un buen disfrute de lo que se come a partir del juego de una variedad de bebidas con alcohol; aperitivos generalmente amargos que despiertan el hambre, provocan bilis -nos dice Galeno en el texto-, digestivos que nos van a permitir tener buenos sueños, que no nos pase lo que a Quetzalcoatl en cierto momento, ¿verdad?

El vino rubio, siendo de color medio, tiene facultad mediocre entre ambos, entre el vino viejo rojo y el vino blanco; sin embargo para sanos y enfermos se debe preferir el vino blanco. Cambian también los sabores de los vinos. El paso en el cual se exprime y se imprime con las diferentes formas de tener el vino en la boca y de tragarlo, el juego de los sabores y luego las mezclas de vino, que es otro aspecto fundamental dentro de la cultura griega. No solamente beben el vino directo como tal, sino las mezclas (la primera mezcla es el vino con agua), los vinos griegos antiguos eran vinos muy fuertes comparados con los que nosotros estamos acostumbrados a ver ahora y entonces jugaban más al término de vino viejo que nos plantea Dioscórides y presentaban más posibilidades de daño a los sentidos interiores y a todos los órganos. El vino debería de mezclarse en agua y las diferentes mezclas van a ir dando situaciones para una utilización sana por distintos tipos de gente o con enfermedades de diferente género; sin embargo, en un texto que también usa Dioscórides, (un texto hipocrático), empieza a marcar otras situaciones “el vino es maravilloso para los tristes y los melancólicos, sin embargo el vino tinto o rojo ofrece ciertos riesgos importantes cuando daña a los nervios” y al decir nervios estamos hablando en términos más populares lo menos técnicos posibles. “El vino tinto permite la digestión de alimentos más fuertes, más condimentados y aquí entraría otro aspecto fundamental en el mismo tratado de aires, aguas y lugares, Hipócrates nos lleva a otro punto: la civilización inicia en el momento en que inicia la cocina, la diferencia entre griegos y bárbaros para Hipócrates –yo creo que lo seguimos pensando todos nosotros en la actualidad con mucha seriedad- es que el buen comer, la cocina y el guiso, y podríamos partir del robo del fuego por Prometeo y el regalito que nos hizo, poder cocer los alimentos implica la diferencia entre barbarie y civilización, pero para los griegos, Hipócrates vuelve a esto en el aire, aguas y lugares, el buen comer y la posibilidad de tomar, de beber buen vino también es un proceso de civilización, porque el vino también va a facilitar la segunda cocina de los alimentos, la cocina que se hace dentro del estómago. “Pepsis” -ahora hablamos de ácidos pépticos y de pepsina- viene de la

palabra griega “*pep*”, que significa cocinar, cocer los alimentos. Entonces, hay una cocción que se da en la cocina y una condimentación y hay una cocción que se ayuda con el vino y que se lleva a cabo en el estómago, todo lo que nosotros conocemos dentro del proceso de la digestión. Esto es civilización y entonces el uso de vinos diferentes para diferentes alimentos sería una situación de civilización por un lado y de salud por otro. Civilización significa mantenernos sanos a partir del arte.

Ahora, esto ha pasado a lo largo de la historia y tendríamos una serie de recetas muy importantes en donde el vino juega un papel muy importante ya que forma parte de los componentes.

Pensando en un ejemplo mexicano, el códice de la Cruz Badiano que fue tan traído y llevado a todos lados hace pocos años a razón del quinto centenario del descubrimiento de América, distingue perfectamente bien, el vino de la tierra, nuestra tierra, que es el pulque, del vino de Castilla que serían los vinos tintos, los dos forman parte de alimentos, los dos forman parte de medicamentos y van a plantearse diferencias –esto lo escribe un médico indígena-, entonces podríamos pensar que es para indígenas y españoles, la receta. Pero el vino de la tierra es mejor para el indio mexicano porque se acerca más a su temperamento, como nos van a interpretar después. El vino de Castilla es más fuerte y se apega más al temperamento de los españoles y de los criollos, sin embargo, los dos son medicina y los dos van a formar parte de multitud de recetas, en el códice de la Cruz Badiano hay no menos de 200 recetas de vinos de diferentes tipos como base, y esto nos llevaría a otra parte, cómo pasaron los vinos a la medicina que apenas desapareció o empezó con la tendencia a desaparecer, aunque ahora repunta, hace 50 años en donde ciertos jarabes para despertar el apetito de los niños deben tener un poquito de *oport*o amargo, los jarabes quinados para despertar el hambre y los jarabes cocados, el vino *Mariani* de principios de siglo que decía: nosotros sí damos un vino saludable, con verdaderas hojas de coca y no con la mugre de cocaína que preparaba Parque Davis (era el anuncio del vino *Mariani*) éste sí fortalece, éste sí da buena digestión, éste sí da vitalidad, los otros enferman. En estos términos tenemos una inmensa gama de posibilidades, recetas concretas de vino y podríamos decir que la tradición médica occidental desde Hipócrates hasta nuestros días ha considerado el vino como medicamento o como compuesto que forma parte de medicamentos complejos y esto significa una función de civilización y de sabiduría. Gracias

Enfermedad coronaria y

CONSUMO MODERADO DE BEBIDAS CON ALCOHOL

DR. GUSTAVO PASTELÍN HERNÁNDEZ

Instituto Nacional de Cardiología

(Resumen del capítulo “Sistema cardiovascular”,
tomado de “Beber de tierra generosa”, pp 72-87. Fundación de
Investigaciones Sociales, A.C. (FISAC), México, 1999)

En las últimas décadas del siglo XX se ha difundido ampliamente la opinión de que existe una relación favorable entre el consumo de alcohol y la reducción de la mortalidad general del ser humano.¹ Particularmente se ha insistido en que el alcohol tiene un efecto protector contra la mortandad por enfermedad coronaria.² Tal opinión está sustentada en estudios epidemiológicos

Otro tema de relevancia concierne ala morbilidad cardiovascular; es decir; al tipo de padecimiento del sistema cardiovascular que se deriva del consumo del alcohol. En este sentido, existe un acuerdo universal sobre la relación causa-efecto entre dicha sustancia y una serie de alteraciones cardiovasculares y hematológicas.

Esta información proveniente de investigaciones biomédicas, no se ha difundido con la misma profusión que el primer dato.

ALCOHOL Y ENFERMEDAD CORONARIA

Las arterias coronarias llevan sangre al músculo cardiaco o miocardio, por lo que desempeñan un papel fundamental en la función del corazón. Un insuficiente suministro da lugar a lo que se conoce como enfermedad coronaria. El calibre de las arterias coronarias disminuye, debido sobre todo a la formación de placas de ateroma (aterosclerosis). El ateroma ocupa la luz arterial, obstaculiza el flujo de sangre y propicia la formación de coágulos sanguíneos o trombos que acentúan la dificultad circulatoria. Las principales manifestaciones de la enfermedad coronaria son la angina de pecho y el infarto del miocardio, las cuales ocupan el primer lugar como causa de muerte en el mundo occidental.

La experiencia social distingue una reducción en la mortalidad por enfermedad cardiovascular cuando se consume alcohol moderadamente. Heberden, Pasteur o White han reconocido en el vino y las bebidas espirituosas efectos benéficos sobre el sistema cardiovascular.

A finales de la década de los sesenta Brummer³ publicó que en un estudio realizado en 20 países no halló una correlación significativa entre la mortalidad por enfermedad coronaria y el consumo de alcohol. De hecho, al analizar sus cifras se observan coeficientes negativos (entre -0.092 hasta -0.32) que muestran una tendencia contraria; es decir, que la referida mortalidad se reduce ante el consumo de alcohol. En la década de los setenta, dos estudios multinacionales publicados en la revista *Lancet*^{4,5} llaman la atención. Ambos reportan una relación inversa entre el consumo de alcohol y la manifestación de la enfermedad. Sin embargo, estos estudios no valoran las diferencias culturales y las distintas formas de vivir y trabajar en cada país. Con algunas variaciones, este tipo de análisis se continuó durante los ochenta y corroboraron la hipótesis de que existe una relación inversa entre el consumo moderado de alcohol y la mortandad por enfermedad coronaria.

Desde los años sesenta se han realizado estudios de tipo caso-control, los cuales representan una mayor evolución en el diseño de estudios epidemiológicos que han permitido la introducción de un concepto cualitativo de gran utilidad: la medida de riesgo relativo. Estos estudios corroboran la impresión de que, dentro de ciertos límites, existe una relación inversa entre el consumo moderado de alcohol y la enfermedad coronaria.

Estudios como el Framingham,⁶ iniciado en 1946 y presentado en 1886; En él se reporta el seguimiento de 2639 mujeres y 2106 hombres de Framingham, Massachusetts durante 24 años. Sus datos muestran una relación en forma de U entre la mortandad por enfermedad coronaria y el consumo de alcohol, más entre quienes beben vino y cerveza que entre quienes consumen licores espirituosos. La parte más baja de la curva en U se asocia con un consumo moderado de alcohol.

Jackson,⁷ por su parte, señala que, después de eliminar la influencia negativa de fumar tabaco, el consumo de alcohol ejerce un efecto protector sobre el riesgo de muerte causado por enfermedad cardiovascular; en todos los niveles de consumo.

Otro estudio,⁸ aplicado acerca de medio millón de norteamericanos mayores de 30 años de edad, entre 1982 y 1991, calcula la proporción de muertes por enfermedad cardiovascular en 30 a 40% menor entre quienes bebieron al menos una ración de alcohol por día. En cambio, la mortandad por causas generales aumentó con el consumo elevado de alcohol, particularmente entre los adultos menores de 60 años de edad, con bajo riesgo de enfermedad cardiovascular.

De estos estudios se puede concluir que el consumo moderado de alcohol (10 a 30 g/día) se asocia con una reducción en la frecuencia de

enfermedad coronaria, en comparación con la frecuencia que acompaña a la abstinencia.

ACCIÓN PROTECTORA EN ENFERMEDAD CORONARIA

La cualidad protectora del consumo moderado de alcohol sobre la enfermedad de las arterias coronarias ha sido atribuida a tres mecanismos principales: acción antitrombótica, acción hipolipemilante y acción vasodilatadora.

Normalmente existe un delicado equilibrio entre la tendencia a generar trombos -trombogénesis- y a disolverlos -fibrinólisis. El predominio de la trombogénesis en las arterias coronarias está estrechamente relacionado con infarto del miocardio y muerte súbita. Los resultados de estudios más recientes, sugieren la necesidad de investigar otras áreas para explicar la acción protectora del alcohol.

Acción hipolipemiente. El segundo mecanismo propuesto para explicar el efecto protector del alcohol sobre la enfermedad coronaria se relaciona con un retardo en el tiempo de aparición de la aterosclerosis, proceso patológico de la pared de ciertas arterias (entre ellas las coronarias) que obstaculiza el flujo sanguíneo. Entre los factores causales de aterosclerosis -y muy vinculados con la enfermedad coronaria- están los altos niveles sanguíneos de: colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad (LDL) y apolipoproteína B (Apo-B). Por el contrario, los altos niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y las apolipoproteínas A1 y A2 (Apo-A1 y Apo-A2, respectivamente) tienden a disminuir la formación de aterosclerosis y de enfermedad coronaria.

Otro amplio estudio⁹ demuestra que los niveles de HDL se encuentran elevados en consumidores de alcohol. Asimismo, algunos¹⁰ demostraron un incremento en Apo-A1 y Apo-A2, aparentemente inducido por el consumo de alcohol.

Es indudable la relación que existe entre las altas concentraciones de lípidos y el desarrollo de aterosclerosis y de ésta con la enfermedad coronaria. Sin embargo, mientras que la aterosclerosis es un proceso difícilmente reversible, la acción hipolipemiente del alcohol es rápidamente reversible, pues desaparece pocos días después de suprimir su consumo.

Acción vasodilatadora. El efecto vasodilatador del alcohol en la circulación coronaria ha sido atribuido al acetato (derivado del metabolismo del alcohol) que induce un aumento en los niveles cardiacos de adenosina) poderoso vasodilatador que produce el pulso coronario.

Recientemente se investigó¹¹ la participación del endotelio de arterias coronarias humanas (capa de células que cubre la superficie interna de los vasos sanguíneos), en la acción vasodilatadora de los vinos rojo y blanco y de algunos de sus ingredientes fenólicos como el ácido tánico y la quercetina.

La aplicación de los ingredientes fenólicos y del vino rojo producido en barricas de roble produjo una significativa relajación de las arterias, junto con un aumento en la concentración de guanosil monofosfato cíclico (GMPC), que es el mensajero intracelular de la dilatación de los vasos. El vino sólo ejerce un efecto dilatador de los vasos coronarios cuando contiene derivados fenólicos (ácido tánico y quercetina) y que el efecto depende del óxido nítrico que produce el endotelio vascular.

ALTERACIONES INDUCIDAS POR EL ALCOHOL

Las alteraciones del sistema cardiovascular relacionadas con el consumo de alcohol forman un amplio conjunto de padecimientos que han sido objeto de múltiples estudios clínicos y experimentales.¹² Las principales son tres: capacidad contráctil o función de bomba del corazón, arritmias cardíacas y la hipertensión arterial. A diferencia de las acciones favorables del alcohol en la cardiopatía isquémica, las que perjudican el corazón son irreversibles.

En un estudio de 204 consumidores crónicos de alcohol,¹³ aparentemente normales desde el punto de vista cardiovascular, se observó que uno de cada cinco mostraban una reducción de la contractilidad cardíaca y, por tanto, del gasto cardíaco. Esta reducción se acompaña frecuentemente de un aumento en el tamaño del corazón (cardiomegalia) y de arritmias cardíacas. Cuando estas alteraciones aumentan, las personas pueden padecer insuficiencia cardíaca, es decir; que el corazón es incapaz de satisfacer las necesidades de aporte sanguíneo que requiere el organismo.

Entre las alteraciones producidas por el alcohol sobre las características histológicas del corazón¹⁴ se encuentran: aumento de tejido fibroso que por ser de tipo cicatricial no contiene células contráctiles que contribuyan a la función de bomba del corazón; aumento de tejido grasoso; reacciones de tipo inflamatorio y cambios en la estructura interna de las células cardíacas y alteraciones en las estructuras intracelulares que producen energía y proteínas (mitocondrias).

En cada latido, la correcta comunicación eléctrica entre el

sarcoplasma y el retículo sarcoplásmico hace posible que la contracción cardíaca sea vigorosa y cumpla con su función de bombeo.

El consumo de alcohol también puede alterar la comunicación entre las membranas celulares y explica las anormalidades funcionales de la contractilidad cardíaca. También se sabe que bajo el efecto del alcohol es muy probable que exista una mayor degradación de proteínas y que el equilibrio natural entre la síntesis y la distribución proteica se pierda.¹⁵ La síntesis de proteínas en las células del corazón corre a cargo de las mitocondrias, las cuales son tan numerosas que ocupan hasta la mitad del volumen de la masa muscular; producen la mayor parte de la energía necesaria para el trabajo de ese órgano y cerca del 50% de las proteínas que lo integran. Además, el alcohol reduce la síntesis de proteínas en las mitocondrias¹⁶ hasta en 23% y el acetaldehído -derivado metabólico del alcohol- es responsable de tal efecto.

La síntesis de proteínas -reducida por el alcohol- y la degradación acelerada de éstas origina un desequilibrio que puede relacionarse con la depresión de la contractilidad del miocardio y, por lo tanto, con la aparición de insuficiencia cardíaca. Desde el punto de vista clínico, el daño producido por el alcoholismo crónico en el corazón resulta en cardiopatía alcohólica. De acuerdo con el doctor Ignacio Chávez Rivera,¹⁷ la cardiopatía alcohólica en su forma más avanzada se caracteriza por un corazón crecido y dilatado en sus cuatro cámaras; un espesor de la pared ventricular normal o disminuido y una cavidad ventricular muy crecida, donde la dilatación es un elemento fundamental. Hay riesgo de compromiso valvular por agrandamiento de la base de implantación de los anillos mitral, tricuspídeo, aórtico y pulmonar, y existen zonas de fibrosis miocárdica más o menos extensas. En una proporción variable de enfermos se ha observado que la abstinencia alcohólica detiene la evolución de la cardiopatía alcohólica y hasta cierto grado la revierte.

Alteraciones del ritmo cardíaco. El alcohol también daña las membranas celulares, constituidas por proteínas, enzimas y bicapas de grasas (colesterol, fosfolípidos y glicolípidos). Este efecto nocivo se debe probablemente a la interacción física y química del alcohol con las grasas de la membrana. Se ha descubierto que el alcohol inhibe la actividad de una enzima membranal -ATPasa- encargada de liberar energía cuando actúa sobre otra sustancia llamada ATP (adenosin trifosfato).¹⁸ La inhibición de la enzima ATPasa causada por el alcohol repercute sobre las propiedades eléctricas de las células cardíacas o propiedades electrofisiológicas del corazón y causa alteraciones del ritmo cardíaco o arritmias cardíacas. Una de las muy variadas formas de arritmias cardíacas asociadas al consumo de alcohol ha sido integrada por Ettinger¹⁹ en el “síndrome del día festivo”, que consiste en la aparición de episodios

transitorios de contracciones desincronizadas de las aurículas (fibrilación auricular), bloqueo de la conducción de impulsos entre las aurículas y los ventrículos (bloqueo auriculoventricular) o latidos de alta frecuencia ventricular (taquicardia ventricular). Este síndrome se presenta ante la ingestión aguda de alcohol (generalmente en días festivos) el mismo día o el siguiente y desaparece uno o dos días después. El síndrome no es exclusivo de los alcohólicos, también se presenta en sujetos sanos ante una intoxicación alcohólica ocasional.

Hipertensión arterial. El consumo crónico e intenso de alcohol es un factor de riesgo bien definido como causa de hipertensión arterial. La presión sanguínea elevada es determinante del estado hipertensivo. La hipertensión arterial, una vez establecida, es factor de riesgo para otros padecimientos discapacitantes y hasta fatales, como las lesiones del sistema nervioso central, el infarto del miocardio o la cardiopatía alcohólica. El mecanismo mediante el cual el alcohol causa hipertensión arterial está relacionado con una mayor liberación de ciertas hormonas y neurotransmisores. La hormona noradrenalina es el principal mediador de estas acciones dañinas.²⁰

Otro mecanismo hipertensógeno del alcohol es su influencia sobre el metabolismo de iones como el magnesio y el calcio, que contribuyen a regular el tono de los músculos lisos de las arterias y las venas. Existen algunos otros factores neurohumorales cuyas concentraciones o metabolismo también se afectan por el alcohol (cortisol, renina, aldosterona, arginina y vasopresina) y que pueden contribuir a la hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

La dualidad de las acciones del alcohol sobre el sistema cardiovascular se ha prestado para que su consumo se vea modulado por factores ajenos al buen juicio de la medicina. Es irrefutable la evidencia de que el consumo sostenido e intenso de alcohol se relaciona con efectos nocivos biológicos y psicosociales. También es incontrovertible su acción benéfica al reducir la mortalidad por enfermedad coronaria. Sin embargo, esta última es sólo parte de la patología cardiovascular inducida por el alcohol: insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas, hemorragia cerebral o hipertensión arterial, si bien la enfermedad coronaria es actualmente una de las importantes causas de mortalidad cardiovascular, la indicación del alcohol como medida preventiva o terapéutica no constituye la mejor alternativa médica. El balance de riesgo-beneficio de las acciones del alcohol sobre el sistemacardiovascular resulta, por lo tanto, negativo.

NOTAS

- 1.- English, D. R., *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia*, Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra, 1995.
- 2.- Jackson, R., et al., "Alcohol consumption and risk of coronary heart disease", en *British Medical Journal*, núm. 303, 1991, pp. 211-216; Doll, R., et al., "Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years observations male British doctors", en *British Medical Journal*, núm. 309, 1994, pp. 911-918; y Murray, Ch. J.L. y López, A.D., *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Harvard University Press, s/f, pp. 301-307.
- 3.- J. Brummer, P., "Coronary mortality and living standard, II. Coffee, tea, cacao, alcohol and tobacco", en *Acta Medica Scandinava*, núm. 186, 1969, pp. 61-63.
- 4.- Keys, A., "Wine, garlic an CHD in seven countries", en *Lancet*, núm. 1, 1977, pp. 145-146.
- 5.- St Leger, A. S., Cochrane, A. L., Moore, F., "Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine", en *Lancet*, s/n, 1979, pp.1017-1020.
- 6.- Friedman, L. A. y Kimball, A. W., "Coronary heart disease mortality and alcohol consumption in Framingham", en *Am. J. Epidemiol.*, núm. 124, 1986, pp. 481-489.
- 7.- Boffetta, P., y Garfinkel, L., "Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society Prospective Study", en *Epidemiology*, núm.1, 1990, pp. 342-348; Jackson, op. cit.; y Doll, op. cit.
- 8.- Thun, M. J., et al., "Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly u.s. adults", en *The New Eng. J. Med.*, núm. 337, 1997, pp.1705-1714.
- 9.- Brenn, T., "The Tromso Heart Study, Alcoholic beverages and coronary risk factors", en *J. Epidemiol. Commun Health*, núm. 40, 1986, pp. 249-256.
- 10.- Phillips, N. R., et al., "Serum apolipoprotein A1 levels. Relationship to lipoprotein lipid levels and selected demographic variables", en *Am. J. Epidemiol.*, núm. 116, 1982, pp. 302-313; Haffner, S. M., et al., "Epidemiological correlates of high-density lipoprotein subfractions, apolipoproteins al, aII and d and lecithin cholesterol acyltransferase. Effects of smoking, alcohol and adiposity", en *Arteriosclerosis*, núm. 5, 1985, pp. 169-177.
- 11.- Flesch, M et al., "Diverget effects of red wine on endothelium dependent relaxation of human coronary arteries", en *Circulation*, núm. 96, suplemento 8, vol. I, 1997, pp. 341.
- 12.- Preedy, V. R., et al., "Mechanisms of Ethanol-induced cardiac damage", en *Br. Heart J.*, núm. 69, 1993, pp.197-200; Gordon, T., y Kannel, W. B. "Drinking and Mortality. The Framingham Study", en *Amer J. Epidemiol.*, núm.120, 1984, pp. 97-107; Lang. R. M., et al., "Adverse cardiac effects of

- acute alcohol ingestion in young adults”, en *Ann. Intern. Med.*, núm.102, 1985, pp. 742-747; y Regan, T. J. y Moravi, V. “Experimental models for studying the effects of ethanol on the myocardium”, en *Acta Med. Scand.*, núm.. 717, 1987, pp.107-113.
- 13.- Bertolet, *et al.*, “Unrecognized left ventricular dysfunction in an apparently healthy alcohol abuse population”, en *Drug Alcohol Dependence*, núm. 28, 1991, pp. 113-119.
 - 14.- Hibbs, R. G., *et al.*, “Alcoholic cardiomyopathy. An electron microscopic study”, en *Am. Heart J.*, núm. b9, 19b5, pp. 766-779; y Richardson, P. J., *et al.*, “Relation between alcohol intake, myocardial enzyme activity and myocardial function in dilated cardiomyopathy”, en *Br. Heart J.*, núm. 56, 1986, pp. 165-170.
 - 15.- Siddiq, T., *et al.*, “The activities of cathepsin B. D. and H in the hearts of rats treated with ethanol”, en *Biochemical Soc. Trans.*, núm. 22, 1994, pp.171.
 - 16.- Siddiq, T., *et al.*, “Synthesis of ventricular mitochondrial proteins in vivo, Effect of acute ethanol toxicity”, en *Alcoholism: Clin. Exp. Res.*, núm. 17, 1993, pp. 894-899.
 - 17.- Chávez Rivera, I. y Fernández Barros, C. L., “Alcohol y sistema cardiovascular parte II. La cardiopatía alcohólica y posibles relaciones del alcohol y aterosclerosis e hipertensión.” en *Arch. Inst. Cardiol.*, núm. 55, 1985, pp. 269-287.
 - 18.- Williams, J. W., *et al.*, “Effect of ethanol and acetaldehyde on the Na⁺-k⁺-activated adenosine triphosphatase activity of cardiac plasma membranes”, en *Biochem Pharmacol.*, núm. 24, 1975, pp. 27-32.
 - 19.- Ettinger, P. O. *et al.*, “Arrhythmias and the “holiday heart”: Alcohol associated cardiac rhythm disorders”, en *Am Heart J.*, núm, 95, 1978, pp. 555-561,
 - 20.- Russ, R., et al “Role of the sympathetic nervous system in Ethanol-induced hypertension in rats”, en *Alcohol*, núm. 8, 1991, pp. 301-307.

Enfermedad metabólica y

CONSUMO DE BEBIDAS CON ALCOHOL

DR. ALBERTO LIFSHITZ W.

Dirección General de Insumos para la Salud. SSA

Quiero agradecer al Dr. Marco Polo Peña-Corona por su generosa presentación y por la honrosa invitación a participar en este evento, también agradezco a FISAC haberme concedido el honor de participar en el mismo.

Los efectos farmacológicos del alcohol sobre el metabolismo son muy amplios y casi todos ellos dependen de la dosis, lo mismo pasa en el sistema nervioso central en donde a veces se observan efectos paradójicos de acuerdo a la dosis. A dosis bajas tiene un cierto efecto y a dosis altas no es sólo una exageración del efecto sino que a veces es un efecto completamente diferente; no hay mucha información con relación a las dosis pequeñas de alcohol en una buena proporción de las enfermedades metabólicas, de tal manera que voy a presentar un panorama muy superficial de estos efectos y me voy a concentrar al final de estos minutos particularmente en la diabetes de la que voy a abordar tres aspectos, primero si estos efectos benéficos que se han atribuido al alcohol en las enfermedades cardiovasculares, también ocurren en los pacientes diabéticos, porque los pacientes diabéticos tienen con mucha frecuencia enfermedades cardiovasculares, segundo qué efecto tiene el consumo moderado de alcohol sobre la incidencia de diabetes, la aparición de diabetes que hoy en día se considera una enfermedad genética que se expresa si las circunstancias ambientales son apropiadas, entonces qué tanto el consumo de alcohol influye en esta aparición clínica de la diabetes y tercero qué debe hacer un diabético con el manejo de las bebidas con alcohol.

Otras enfermedades metabólicas que se han relacionado con el consumo de bebidas con alcohol, aparte de la diabetes, como por ejemplo, la gota ¿ustedes saben que durante algún tiempo se consideró que la gota era el castigo a la vida licenciosa y que el ataque de gota aparecía como expiación de los pecados que se habían cometido la víspera?, entre los que se encontraba el pecado del consumo de alcohol. Otros efectos

Tabla No. 1

**Efectos del alcohol sobre la función
hipotálamo-hipofisiaria**

- Aumento o disminución en la liberación de vasopresina
- Deficiente liberación de hormona de crecimiento
- Aumento en la liberación de prolactina
- Mayor respuesta a la hormona liberadora de tirotrópina

Tabla No. 2

**CONTENIDO ENERGÉTICO DEL
ALCOHOL**

1g-----	29.7 kJ (7.1 kcal)
Un “trago”-----	293-420 kJ (70-100 kcal)
8-10 tragos-----	4190 kJ (1000 kcal)

identificados son las dislipidemias – que no los voy a tratar yo en particular, la alteración de la función gonadal masculina -que trataré muy superficialmente, pero hay alguna información al respecto- y desde luego otras enfermedades.

¿Cuáles son los efectos metabólicos que para estos propósitos tienen importancia? El consumo de alcohol aumenta la concentración de acetaldehído y éste tiene sus propios efectos farmacológicos, puede producir acidosis láctica, habitualmente no a dosis bajas, puede producir cetoacidosis si se combina con inanición o con diabetes en particular que propicia deficiencias vitamínicas, por lo menos en el alcoholismo establecido y que impiden la respuesta hormonal a la hipoglucemia. Inhibe la producción de glucosa por el hígado que puede propiciar que disminuyan los niveles sanguíneos de glucosa, que aumenta los triglicéridos, que se asocia a una deficiencia de ácido fólico y que disminuye la secreción tubular de uratos, compite un poco con los uratos entonces incrementa los niveles de ácido úrico en la sangre y por eso puede propiciar una crisis de gota.

Sobre el hipotálamo y la hipófisis también actúa—véanlo nada más como una lista indicativa no voy a profundizar (Tabla No. 1)- pero a ciertas dosis aumenta y a otras disminuye la liberación de la hormona antidiurética. Disminuye la liberación de hormona de crecimiento, aumenta la liberación de prolactina y produce una mayor respuesta a la hormona liberadora de tiotropina.

En la tiroides, hace que la tetra yodo tironina se convierta con una mayor velocidad entre yodotironina que es la hormona activa, disminuye la secreción de hormona paratiroidea y aumenta la secreción urinaria de calcio, por lo tanto propicia una descalcificación ósea.

Y sobre los efectos sobre la función gonadal todos ustedes conocen la cita de Macbeth -porque a cada rato se señala- en que le pregunta Mc Duff: “... *¿Cuáles son las tres cosas que la bebida provoca especialmente y el sirviente le dice: Alegría, señor; nariz colorada, sueño y orina, lujuria! Señor; provoca y no provoca, provoca el deseo pero no permite cumplir*”.

Se ha visto que el consumo crónico de alcohol disminuye el tamaño de los ovarios, propicia una ausencia de cuerpos lúteos, se relaciona con infertilidad y no hay un incremento proporcional de gonadotropinas a pesar de que hay una disminución de la producción hormonal por los ovarios, y en los varones reduce los niveles de

Tabla No. 3

Factores de riesgo para la aparición de Diabetes tipo 2 en hombres de 40 a 75 años (1986-1992)

<u>Factor</u>	<u>Riesgo relativo</u>
Más de 25 cigarrillos diarios	1.94
30-50 g diarios de alcohol	0.61
	BMJ 1995;310:555

Tabla No. 4

Riesgo relativo para diabetes según el consumo de alcohol entre 20 951 entre 40 y 84 años, observado durante 12 años

<u>Consumo de alcohol</u>	<u>Riesgo relativo</u>
1-3 tragos/mes	1.0
1/semana	1.03
2-4/semana	0.89
5-6/semana	0.74
1 ó más/día	0.67

Arch Intern Med 2000;160:1025

testosterona, produce atrofia testicular, disminuye la luz de los túbulos seminíferos, propicia una pérdida de células espermáticas y genera en suma una cierta infertilidad. Todo esto no se refiere específicamente a dosis bajas de alcohol, esto más bien se refiere a dosis altas, porque no se han estudiado las dosis bajas de alcohol. En la diabetes sí hay alguna información sobre el consumo moderado.

En general cuando nosotros le calculamos una dieta de alimentación a un paciente diabético, no solemos considerar el alcohol en los cálculos, si ustedes ven los modelos o los prototipos excluyen el alcohol porque esto genera complicaciones en el cálculo de las dietas. Sí se sabe que los pacientes bien controlados pueden consumir cantidades moderadas de alcohol sin que se ponga en riesgo el control (pacientes controlados y cantidades moderadas de alcohol) y que se puede cocinar con alcohol puesto que la mayor parte se evapora, es decir un diabético podría preparar sus alimentos con alcohol siempre y cuando vayan a ser alimentos cocinados y no habría que considerarlo en los cálculos energéticos.

El alcohol mismo tiene un contenido energético casi cercano al de las grasas, ustedes recuerdan que las grasas tienen más o menos nueve Kcal/g, los carbohidratos 4 Kcal/g y las proteínas 4 kcal/g, entonces el alcohol se acerca un poco a lo que significa el contenido energético de las grasas y esto que se llama un trago que podría tener varias interpretaciones aunque más o menos se ha sistematizado en la literatura significa de 70 a 100 kcal que habría que tomarlo en cuenta para propósitos de un cálculo dietético y si ya son de 8 a 10 tragos equivale a unas 1,000 kcal, es decir que el alcohol debiera considerarse al menos bajo la perspectiva puramente energética en el cálculo de las dietas. (Tabla No. 2)

Y se habla o se dice que el alcohol lo que ofrece son calorías vacías, es decir que si se consume solo, sin otros nutrimentos, no aporta minerales, vitaminas o proteínas suficientes para mantener una nutrición adecuada.

También se sabe que no tiene efectos nutricionales benéficos, puede tener efectos aperitivos, digestivos, lo que ustedes quieran pero nutricionales benéficos, no. Inhibe la producción de glucosa por el hígado, una buena parte de la glucosa que está en la sangre es producida por el hígado a partir de glucógeno y esto es inhibido por el alcohol. Por eso algunos pacientes diabéticos que consumen alcohol y toman

medicamentos, desarrollan cuadros de hipoglucemia.

El acetaldehído inhibe la formación de productos avanzados de glicación, estos productos avanzados se han relacionado con la aterosclerosis y por eso se piensa que el alcohol pudiera disminuir la tasa de evolución de la aterosclerosis, puede bajar la glucosa por 8 a 12 horas, sobre todo en los pacientes que consumen hipoglucemiantes orales y es importante considerar que los datos que produce por la baja de glucosa en la sangre se pueden confundir con los de intoxicación por alcohol. Ustedes ven que los pacientes diabéticos que llevan una plaquita que los identifica como diabéticos, la plaquita suele decir: no estoy borracho, tengo hipoglucemia. En otras palabras, suele decir eso.

En relación con incidencia de diabetes, se realizó un estudio en hombres de 40 a 75 años que fueron observados en un periodo de 6 años para identificar qué factores se relacionaban con la aparición de diabetes y se encontró que el tabaquismo sí se relacionaba, el riesgo relativo era de casi 2, es decir casi el doble de los pacientes fumadores desarrollaban diabetes, pero que el consumo moderado de alcohol al contrario, resultó ser un factor protector, es decir, los pacientes que no bebían o bebían mucho tenían un riesgo mayor de desarrollar diabetes que los que consumían en forma moderada. (Tabla No. 3)

También se realizó otro estudio en el que durante 12 años se observó un grupo grande de personas y entonces se vieron los riesgos relativos, nuevamente se consideró como patrón de referencia a los que bebían de 1 a 3 tragos por semana para darle el valor de 1 y a partir de allí los demás riesgos relativos se refieren a éste, entonces los que bebían una vez por semana prácticamente tenían el mismo riesgo que los que no bebían, pero a partir de 2 a 4 tragos por semana y hasta uno o más al día el riesgo relativo de desarrollar diabetes en este periodo y en este grupo de edad disminuyó con el alcohol. Estos dos estudios parecen apoyar la idea de que por lo menos en las personas de esta edad, el consumo moderado de alcohol ayuda a disminuir la incidencia de diabetes. (Tabla No. 4)

En cuanto a mortalidad cardiovascular, éste es un estudio que compara a los pacientes que tienen diabetes con los que no tienen y los que no consumen alcohol, como ustedes saben en los pacientes sin diabetes hay una cierta protección también de la mortalidad cardiovascular y esta protección más o menos se mantiene, es decir, este efecto que se supone puede tener el consumo moderado de alcohol sobre la mortalidad

cardiovascular también ocurre aunque los pacientes sean diabéticos. (Tabla No. 5)

Cuando observamos algunos datos obtenidos en mujeres (Tabla No. 6), son enfermeras y comparadas con las que no ingieren alcohol, el riesgo de enfermedad coronaria es igual en estas mujeres y ustedes ven que un mayor consumo de alcohol con un prácticamente abstemio tiene una cierta protección, en los dos grupos se tiene una cierta protección en relación con el que no consume nada.

El alcohol también puede producir en los pacientes diabéticos - y en otro tipo de personas que toman hipoglucemiantes orales-, esto que se llama eritema alcohólico, que muchas personas, por cierto, lo sufren aunque no sean diabéticos pero los que toman clorpropamida, diabinese o tolbutamida, tienen un mayor riesgo de desarrollar esto, se ponen colorados, les duele la cabeza, se les acelera el pulso y esto se parece al efecto antabuse, no tiene que ver con la cantidad de alcohol, suele ocurrir entre 10 y 30 min. y se quita espontáneamente en una hora.

En cuanto al alcohol y la resistencia a la insulina hoy se sabe que los diabéticos tipo2 (que es la diabetes más frecuente, la que ocurre en la mayor parte de los casos en adultos), presentan un mecanismo de producción en donde la insulina aunque se elabora en cantidades normales o incluso aumentadas, no tiene un efecto fisiológico apropiado, un efecto farmacológico apropiado, es decir, la célula no responde a la insulina en forma apropiada y eso se llama resistencia a la insulina.

¿Qué papel tiene el alcohol sobre esta resistencia a la insulina?

La información es un poco contradictoria, pero este estudio que apareció en British Medical Journal en 1996, (Tabla No. 7) muestra que conforme se incrementa el consumo de alcohol disminuye la resistencia a la insulina y esto tendría teóricamente un efecto benéfico en la evolución de la diabetes a largo plazo, desde luego que habría que probarlos pero los datos sugieren que por lo menos no incrementa la resistencia a la insulina.

Éste es un panorama muy general y seguramente hay muchas cosas más que decir al respecto, pero yo podría concluir diciendo primero que el alcohol tiene muchos efectos metabólicos mal estudiados, sobre todo a dosis bajas, segundo que particularmente en la diabetes estas dosis moderadas o bajas de alcohol no parecen ser particularmente

Tabla No. 5

MORTALIDAD CARDIOVASCULAR*

<u>Consumo alcohol</u>	<u>Con diabetes</u>	<u>Sin diabetes</u>
Nunca o rara vez	1.0	1.0
Mensual	1.11	1.02
Semanal	0.82	0.67
Diario	0.61	0.42

*RR

Circulation 2000;102:500

Tabla No. 6

Riesgo relativo de enfermedad coronaria en mujeres diabéticas comparadas con las que no ingieren alcohol

<u>Consumo de alcohol</u>	<u>Riesgo relativo</u>
0.1 a 4.9 g/día	0.74
5.0 g /día	0.48

Circulation 2000;102:494

riesgosos para el descontrol de un paciente diabético aunque habría que considerarlo en los cálculos de la dieta y tercero que parece ser que un consumo moderado de alcohol protege al aparato cardiovascular incluso de los diabéticos y disminuye o parece disminuir la incidencia de diabetes al menos en los individuos mayores de 40 años.

Muchas gracias.

Tabla No. 7

Alcohol y resistencia a la insulina

<u>Consumo de alcohol*</u>	<u>Insulina en ayunas**</u>	<u>Resistencia a la insulina***</u>
0	12.24	1.39
1-50	10.0	1.13
51-99	8.7	0.98
Más de 100	7.1	0.86

*g/l ** mU/l ***HMA

BMJ 1996;313:1040

Un enfoque de salud pública,

RIESGOS Y BENEFICIOS EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

DR. MALAQUÍAS LÓPEZ CERVANTES
Instituto Nacional de Salud Pública, SSA

Antes de esta conferencia estuvimos platicando algunos de los que estamos aquí y se dijeron cosas sumamente interesantes que hubiera valido la pena grabarlas y después ya nada más ponerles el cassette a todo el grupo, porque creo que se tocaron los puntos cruciales en torno al tema que nos ocupa hoy.

Estas imágenes que tengo aquí para algunos no son nuevas, las utilicé en alguna otra ocasión y de hecho las tomé de un trabajo que nos mandó para un congreso organizado por FISAC, el profesor Richard Doll ¹ que tenía como tema del trabajo evaluar los resultados del consumo de alcohol. En virtud de que la publicación está pendiente de salir, todavía es pertinente -para quienes no fueron en esa ocasión al congreso-, mirar estas imágenes y voy a tratar de llegar hacia el final a compartir con ustedes algunas reflexiones relativas a mi perspectiva sobre lo que representa el consumo de alcohol y las posibilidades y riesgos que implica para una sociedad en particular y en un tiempo determinado.

En torno a los riesgos y beneficios del consumo del alcohol, ya los predecesores -en particular el Dr. Lifshitz- han estado haciendo mención de problemas que se han relacionado de una o de otra forma con el consumo de alcohol y tenemos datos que nos sugieren que hay distintos tipos de relaciones entre el alcohol y la salud de una población, por un lado hay resultados desfavorables como son los bien conocidos de la cirrosis, el papel que tiene el consumo de alcohol en las lesiones, algunas posibilidades de relación del consumo de alcohol con el desarrollo de ciertos cánceres, con las alteraciones de la salud mental, con la infertilidad que es un tema que ya tocó el Dr. Lifshitz, yo en lo particular me he metido a ese tema con algún nivel de detalle y puedo añadir que tenemos información sumamente contradictoria acerca de lo que puede suceder a los niveles habituales de consumo para los seres humanos. Cuando la gente vive como el personaje que tenía Rius en su serie original

de «Los supermachos», -metido dentro de un barril de pulque-, pues no nos cabe duda que les va bastante mal, pero cuando se consume alcohol de una forma más habitual, la información resulta muy contradictoria. Esto es particularmente cierto para casos como la fetopatía alcohólica que es el resultado de consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que se refiere a un conjunto de malformaciones características descritas hace no demasiado tiempo en la literatura y que son consecuencias irreversibles por el exceso en el consumo de alcohol, particularmente relacionado con el embarazo, más adelante trataré de regresar a algunos de estos temas cuando me refiera a las conclusiones de este breve comentario. (Imagen No. 1)

Por otra parte existe todo un conjunto de problemas o de temas de enfermedades en las cuales se ha encontrado que el consumo de alcohol tiene posibilidades de ejercer algún tipo de efecto benéfico pero parece que como todo es la dosis la que importa y no nada más el hecho de decir que consumimos o no consumimos, nuestro problema realmente es –y esto es creo que a lo que yo me quiero enfocar en estos momentos- tratar de sacar un balance, una suma algebraica de lo que representa para una sociedad particular, en un tiempo particular, con características culturales particulares del consumo del alcohol.

Les presentaré los datos del prof. (Sir Richard) Doll -pues no es

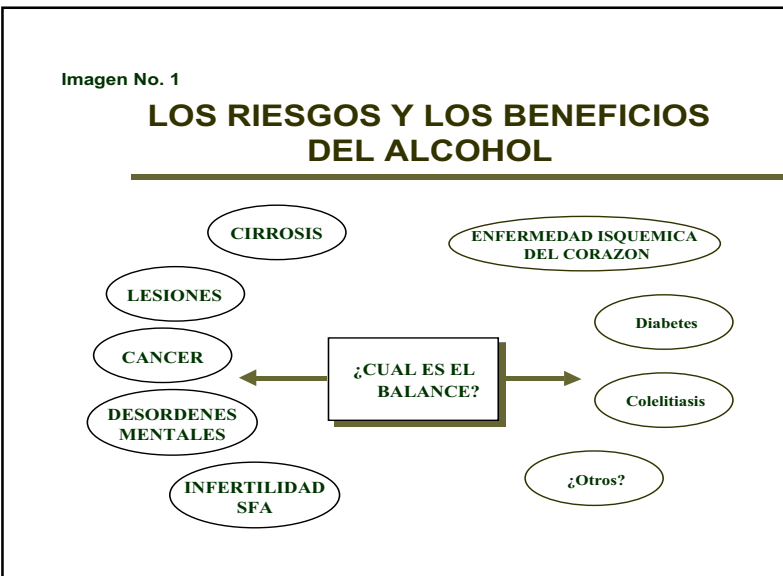


Imagen No. 2

TASAS ANUALES DE MORTALIDAD POR 100,000 PERSONAS, SEGUN CONSUMO INICIAL DE ALCOHOL

HOMBRES, 1982-1991

Causa de la muerte	Consumo de alcohol						
	Nada	Menos que diario	Media de copas al día				6 o mas
			1	2	3	4-5	
Condiciones aumentadas por el alcohol	69	73	74	85		144	
Enfermedad cardiovascular	732	585	512	512		512	
Todas las causas	1483	1215	1167	1209	1247	1338	1431

fácil hacer más de lo que él hizo en su momento para formular estas tablas-recabados a partir de diversas fuentes que nos hablan de cuáles son las relaciones generales que tiene el alcohol, por un lado en el sentido de incrementar la incidencia de problemas de salud, por el otro en el de posiblemente favorecer la salud en algunos subgrupos poblacionales –de lo cual ya nos habló el Dr. Lifshitz.

Tenemos aquí (Imagen No.2) una estratificación determinada por el nivel de consumo, en primer lugar están quienes se abstienen de consumir, luego tenemos a las personas que tienen un consumo más bajo y después un gradiente de consumo hacia el incremento, entonces ¿qué son estos datos?, ¿son tasas anuales de mortalidad relativas para este grupo de enfermedades o para esta serie en particular y para todas las causas?. ¿Qué es lo que estamos viendo en este caso? Lo que vemos es que tenemos una función creciente, es una relación positiva, la incidencia de estos problemas -en este caso la incidencia de la mortalidad- está aumentando constantemente conforme aumenta el nivel de consumo, esto es un patrón típico por ejemplo de las lesiones, donde vemos que a mayor consumo, mayor posibilidad de que haya involucramiento en condiciones de carácter accidental, aunque no toda la información es consistente porque cuando alguien toma demasiado ya no se lesiona a menos que sea al caer al suelo (cuando se queda dormido). En el caso de las enfermedades cardiovasculares tenemos un patrón claramente distinto,

observamos una caída de la incidencia pero que después ya no progresa, habría que ver si se pueden analizar datos más allá de este límite, para saber qué pasa porque entre las posibilidades que están documentadas en algunos estudios es que después ocurra un repunte, pero eso lo veremos un poco más adelante. Yo creo que ésta es la parte más interesante de la tabla en el sentido de que nos dice cuál pudiera ser el impacto global del consumo de alcohol, vemos el peso que tiene el consumo de alcohol (en la región) que podríamos llamar de bajo a moderado sobre la totalidad de los problemas, fijense cómo en los extremos tenemos que repunta la frecuencia de estos problemas y en el centro es donde tenemos una disminución de la incidencia. Si esto fuera una evaluación global del impacto del alcohol, nos estaría diciendo que nada o mucho es malo para la salud. Como todo muchas veces dice uno que es cuestión de la dosis.

Éstos son datos del multicitado estudio de la carga global de la enfermedad y de las proyecciones que se hacen en particular de este indicador que es el de Años de Vida Potencial Perdidos ajustados por discapacidad (Imagen No. 3). La idea de esta lámina es que aquí se señalan algunos problemas que están relacionados en un sentido u otro con la incidencia del alcohol y entonces podemos ver cuáles son las proyecciones, por ejemplo para esto que son los accidentes de tránsito, según ese estudio en el año 2020 tendremos una más que duplicación de

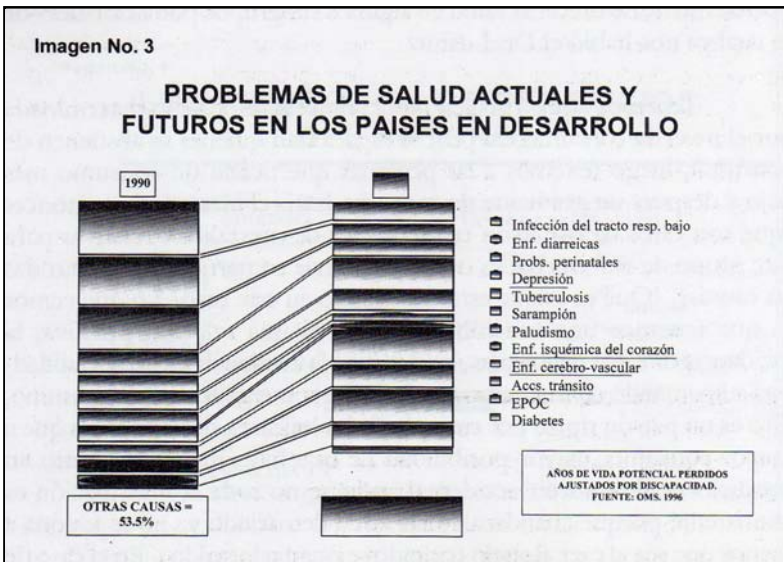


Imagen No. 4

**PESO DE LA ENFERMEDAD Y LESIONES
ATRIBUIBLES AL USO DEL ALCOHOL**

Region	Porcentaje de:		
	Muertes totales	Años de vida perdidos	Años de vida ajustados por discapacidad
Mundial	1.5	2.1	3.5
Regiones desarrolladas	1.3	5.4	9.6
Economías de mercado establecidas	1.2	5.1	10.3
Regiones en desarrollo	1.6	1.8	2.7
Latino-America y el Caribe	4.5	5.9	9.7

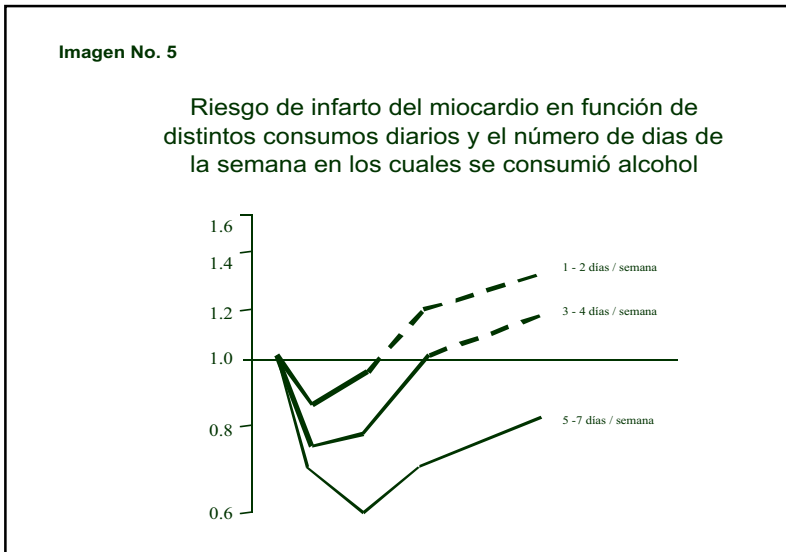
la importancia global que tienen este tipo de problemas como causas de enfermedad y muerte y aquí podríamos nosotros suponer que si la relación del consumo de alcohol con estos problemas es en el sentido positivo, es decir, que aumentan su incidencia pues el alcohol va a tener, según estos datos, un efecto negativo para la salud andando el tiempo, pero por otra parte podríamos ver que hay otros problemas como éste que es enfermedad isquémica del corazón en el que la interpretación no sería la misma aunque los datos pareciera que van en el mismo sentido, o sea va a tener mayor peso en el futuro pero a lo mejor esto sería condicionado a que no bebiéramos más, habría que pensar que si los datos como se presentan ahora fueran correctos a lo mejor habría posibilidades de prevención en este sentido. Sería muy interesante imaginarse que el consumo de alcohol disminuyera el tamaño final de este recuadro que nos sugiere este estudio.

Regresando a las tablas del prof. Doll (Imagen No. 4), cuando se distribuyen este tipo de datos relativos al peso de la enfermedad pero por diferentes regiones del mundo -es una categorización, como todas cuestionable-, lo que los autores del estudio del peso mundial de la enfermedad llamaron economías de mercado establecidas, regiones desarrolladas y regiones en desarrollo -está como medio raro ¿no?-, aparentemente nosotros no encajamos dentro de ninguno de estos grupos pues no somos ni desarrollados, ni de mercado establecido, ni en desarrollo, somos como una especie de mezcla indefinida de todas las

características que se observan en el resto del mundo.

La gráfica se refiere a porcentajes de las muertes totales que están relacionadas con el consumo de alcohol, los años de vida perdidos y finalmente el indicador de años de vida ajustados por discapacidad, lo que es importante enfatizar, creo yo, es que el peso de los problemas que están relacionados con el consumo de alcohol es considerablemente más elevado que en el resto de las regiones del mundo, o sea, nosotros tenemos una carga importante de la enfermedad relacionada con el consumo de alcohol, ¿qué quiere decir esto? que el balance parece que se inclina del lado negativo, para nuestro caso en relación a lo que es el consumo de alcohol.

Les decía que la dosis es sumamente importante, en este resumen -que también hizo el profr. Doll (Imagen No. 5)- con relación al consumo de alcohol y a la frecuencia de consumo de alcohol, lo que pareciera estar sucediendo es que tenemos dos eventos o dos comportamientos importantes que tomar en cuenta. Uno es esta disminución que vemos en todos los niveles de la frecuencia del riesgo de tener un infarto del miocardio en función de la frecuencia de consumo, para cualquier nivel de consumo tenemos inicialmente una disminución del riesgo, pero más adelante lo que tenemos es que comienzan a repuntar las curvas (aunque éstas no alcanzan a regresar al nivel de flotación), pero lo que tenemos aquí



que parece que nos refleja un consumo más cotidiano, de uno a dos días por semana consumiendo alcohol si nos sugiere que va a haber un momento en el que se va a incrementar el riesgo de tener un infarto y un consumo mucho menos frecuente muestra nada más, aparentemente, la parte benéfica, quizás aquí la lección sea lo difícil que es detenerse, cuando uno empieza a beber. Después como que se siente eufórico y protegido del riesgo contra el infarto y entonces ya sigue uno bebiendo hasta que pierde la protección.

Todo esto me conduce a tratar de concluir en torno al tema. Esto está sacado de un libro que casualmente cayó en mis manos hace poco y toda la idea de este libro², compilado por unos autores europeos consiste en proponer como gran meta para la salud pública la adopción de este principio que yo traduje como de la precaución o quizás el principio precautorio que emerge como antecedente, hace no tantos años de esta conferencia internacional europea para la protección del mar del norte, entonces a partir de este enunciado (Imagen No. 6) en el que los asistentes a esa conferencia decían que para proteger al mar del norte de los posibles daños que le ocasionarían muchas sustancias peligrosas, resulta necesario, de hecho indispensable, adoptar esta postura precautoria, en la cual se deben llevar a cabo una serie de acciones de control que limiten la llegada de las sustancias en consideración. Aún cuando no se disponga de evidencia científica bien establecida con relación a sus posibles efectos nocivos, esto es algo así como decir: más vale pedir perdón, que pedir permiso. Es decir, si nosotros adoptamos una

Imagen No. 6

Una lección del área de la salud ambiental:

El principio de la precaución

(1984, I Conferencia Internacional para la Protección del Mar del Norte)

"para proteger al mar del norte de los posibles daños que le ocasionarían muchas sustancias peligrosas... es necesario adoptar una postura precautoria, la cual requiere acciones de control que limiten la llegada de tales sustancias, aun cuando todavía no se hayan obtenido claras evidencias científicas acerca de sus efectos nocivos"

actitud extremadamente liberal, permisiva, con relación a ciertas cosas como podría ser en el tema que nos ocupa: el consumo de alcohol, eventualmente nos habremos de encontrar con consecuencias que después no sabremos de qué manera confrontar. La alternativa es que nos pasemos de restrictivos en el sentido de decir: seamos extremadamente precavidos y después si son muy convincentes las evidencias de algún beneficio del cual nos estamos perdiendo entonces cambiar de parecer.

Considero que esto es un dilema para la sociedad, siempre que se plantean condiciones de esta naturaleza, desde la perspectiva por ejemplo del Estado, o se adopta una postura coercitiva o se adopta una postura muy liberal, muy liberalizadora, digamos así, del qué hacer de los grupos sociales y la conclusión final es siempre muy difícil de tomar en cuenta, si el consumo de alcohol, que fuera el caso que nos toca ahora, tiene efectos benéficos a ciertas dosis y bajo ciertas formas de consumo, el hecho de no dar esta información y propiciar tales patrones de consumo en la población, volvería responsable al Estado y al gobierno en particular, de haber perdido una oportunidad de afectar favorablemente la salud de la sociedad, pero si las consecuencias fueran las contrarias, si pesaran más la frecuencia o los resultados finales de los problemas o de las relaciones negativas que tiene el alcohol con la salud, entonces el estado sería culpable de haber permitido un consumo extremadamente liberal.

Yo creo que no hay respuestas finales, no tenemos lamentablemente la guía de cómo actuar, en qué momento, el profr. Doll en el trabajo que nos mandó y que tanto estoy mencionando dice “posiblemente a cierta edad (después de cumplir los cuarenta años) ya el consumo de alcohol tiende a beneficiar más que a perjudicar, pero antes de esa edad tiende más a perjudicar que a beneficiar”.

Hace un momento me decía el Dr. Viesca: no bebamos de niños, cuando estaba viendo lo que nos decía el Dr. Lifshitz de las alteraciones sobre la prolactina y demás cosas y ciertamente ese es el caso, cuando el consumo de alcohol es importante entre las poblaciones jóvenes, las consecuencias adversas del consumo de alcohol dominan el panorama, alguien que empieza a beber muy joven y en exceso va a tener un alto riesgo de terminar quizás muerto por un accidente o por involucrarse en actos violentos o va a terminar cirrótico y entonces habrá llevado su vida por un camino francamente indeseable y lo contrario, o sea que alguien que empezara a tener un consumo moderado, después de la tercera década de la vida a lo mejor podría tener beneficios, pero quizás

más tarde nos sorprendamos con el hallazgo de que para no tener diabetes tan tempranamente en la vida y -como veíamos hace rato- a lo mejor para no tener diabetes en una forma tan grave pues convendría pensar en otras formas de consumo, los datos que tenemos nos dicen que si ya eres diabético –como nos mencionaba el doctor- un consumo de alcohol no te perjudica y puede que hasta te beneficie, si todavía no eres diabético, un consumo de alcohol moderado te va a proteger un poco, pero cuándo y cómo deberíamos de empezar es algo que todavía no sabemos, esto del consumo de alcohol a bajas dosis o dosis moderadas es una pregunta abierta para el futuro. Gracias.

1.-Doll, R., *Alcohol: Risks and Benefits*. ICRF/MRC/BHF Clinical Trial Service Unit & Epidemiological Studies Unit, Harkness Building, Radcliffe Infirmary, Oxford OX2 6HE (Mimeo. Enviado por el autor en para inaugurar el “Congreso Nacional Sociedad y Consumo de Bebidas con Alcohol”, Mayo 29 de 2000, México

2.- Raffensserger, C. and Tickner, J. A. Protecting public health and the environmental. Implementing the precautionary principal, *Aisland Press*, Washington, D.C. 1999

Mesa de discusión

Dr. Marco Polo Peña-Corona: El panel de este día ha sido ciertamente muy médico pero lo interesante es que está vertido ante no médicos entre los que nos acompaña el Dr. Guillermo Sheridan un intelectual muy reconocido, director de la Fundación Octavio Paz, doctor en Filosofía, que nos distingue con su presencia, ¿cuál es su opinión, Dr. Sheridan de los temas que se han tocado esta mañana? ¿cuál es el interés para la sociedad de estos Seminarios de Investigación, Cultura y Salud? ¿cuál es su percepción desde el ámbito cultural, de una población que vemos en los datos presentados por el Dr. Malaquías, que pareciera como que sí encajamos en ese tercer mundo en el que se nos clasifica?

Dr. Guillermo Sheridan Prieto: Agradezco la invitación y desde luego declaro solemnemente que me negaría a representar a la sociedad de cualquier manera, yo supongo que me he atareado siempre porque mi singularidad o mi individualidad escapan de aquello que podría pasar como representativo de la sociedad, yo puedo decir que soy un escritor, una gente dedicada a la filosofía, cosas de este tipo y que desde luego buena parte de las que se mencionan aquí escapan a mis muy limitadas capacidades.

Escuchando al Dr. Lifshitz yo creo que aprendí por lo menos 600 palabras que jamás había escuchado, con desinencias ominosas del tipo “amida”, “osinas”, esta clase de sonidos que desde luego uno asocia con esa eterna conspiración de nuestro organismo para sabotear nuestro breve paso por la Tierra. Desde luego hay algunas otras cuestiones que sí me llaman la atención, que contienen un lenguaje con el que me encuentro más identificado, desde luego entiendo bien que siempre que hablamos de estos asuntos aquí en la Fundación -no es la primera vez que su paciencia me pide estar presente-, se termina siempre por acercarse uno a una especie de equilibrio, un desiderato, un deseo de que pudiésemos descifrar la forma de encontrar el punto de equilibrio adecuado entre cualquier cantidad de antinomias desagradables como entre el exceso y la abstinencia, la salud y la insalubridad, lo adecuado y lo inadecuado y en fin, uno no deja de calcular que buena parte de lo que le da sentido a nuestra existencia como seres culturales y como seres sociales es la búsqueda de ese equilibrio y desde luego el sabernos más o

menos victimados por cualquier cantidad de circunstancias de tipo social, cotidiano, familiar, amoroso, del tipo que ustedes deseen y su continua propensión a que ese equilibrio se pierda, a que ese equilibrio quede destruido, averiado o por lo menos carente de centro, con la pérdida del fiel, como se decía antes hablando de las balanzas.

Ese fiel que de alguna manera es el que nos conviene como individuos, el que nos conviene como entes sociales, el que nos conviene de todas formas y que sin embargo es de suyo evasivo, desde luego tengo la impresión también de que algo que no había calculado hasta ver algunas de las estadísticas que se mostraron aquí de que hay una especie de imperativo de la historia o de la cultura o de la política, digamos para ser más precisos, que querría que todos nosotros fuéramos más productivos y más funcionales, la mayor cantidad de tiempo posible para que la inversión que hizo en formarnos (la sociedad) le reditué adecuadamente, para que la creación de los talentos que desarrolla una persona se prolongue la mayor cantidad de tiempo posible, la expresión “Años de vida perdidos”, me estremeció verdaderamente porque supone, desde luego que esa pérdida está considerada tal, solamente a raíz de aquella inversión no redituada por sujetos o por individuos que se negaron a encontrar ese fiel o a sujetarse a ese fiel y quedarse fijos en él y se empezaron a convertir en una estadística negativa, en una estadística que descalifica o que se considera pérdida social y desde luego, pérdida individual.

Desde luego yo pertenezco a una zona de la reflexión de las cuestiones humanas y sociales en las que definir esa pérdida sería mucho más complicado, si se dice es que una persona que se muere a los 57 años dejó de darle a la sociedad 8 o 10 años de vida para la que le pagamos, lo formamos, lo educamos y todas esas cosas y esto es sumamente injusto, en mi campo de formación, eso estaría desde luego en tela de juicio, desde luego otro fiel de la balanza que sería muy difícil precisar sería aquel que dice en qué medida una vida se pierde y en qué medida una vida se gana y en qué medida esa pérdida o esa ganancia tienen que ver con el tiempo, con el tiempo real con los cumpleaños, que sería imposible, un gran pensador francés del renacimiento “hay que perderse para encontrarse” y esa es en la religión en que yo creo, es que solamente a fuerza de perderse es que uno se encuentra.

Tengo la sensación de que todo esto – y termino- es una especie de asedio de los científicos, de los médicos, de los sociólogos, de todos nosotros por tratar de precisar los cotos que vamos a ponerle, o que

sería bueno ponerle o que urgiría ponerle al consumo del alcohol. Es una especie de monstruo que tiene lados positivos, lados negativos, en ese sentido es a la vez un ángel y un demonio al que tratamos de asir, de encarcelar, de convertir en un ángel o en un monstruo o en un demonio, utilizable socialmente, conveniente individualmente, adecuado históricamente para poder convivir con él. Desde luego tengo la impresión de que lograrlo es casi imposible, como dijo el Dr. Malaquías “no hay respuestas finales”, que el hecho de que el alcohol escape a eso que es lo final, que siempre vaya a estar más allá de nuestro control, de nuestro entendimiento, de nuestro control cultural es quizá el recordatorio de que somos esencialmente humanos y que por lo mismo estamos esencialmente perdidos.

Dr. Marco Polo Peña-Corona: El Dr. Julio González es médico con especialidad en pediatría, con maestría en Salud Pública, es el representante, es asesor principal de la OPS en México y lo invitamos también para que nos de su visión, sus comentarios, sobre la mesa que se ha presentado.

Dr. Julio González Molina: Yo creo que si miramos el título de la conferencia: “Consumo moderado de las bebidas alcohólicas protectoras para la salud ¿mito o realidad? Podría uno cambiarle la forma y decir consumo moderado de bebidas alcohólicas, asociación causal o asociación sesgada, si le damos el sesgo epidemiológico que le quiero dar a mi presentación. De acuerdo a las presentaciones de esta mañana y a la revisión de la literatura, yo creo que la respuesta es inequívoca: sí, el consumo de alcohol es protector para la salud.

Cuando nosotros enfrentamos las asociaciones que encontramos en los estudios científicos nos hacemos una serie de preguntas y de cribajes v acerca de esas asociaciones. Observamos si hay asociación estadística, todos los estudios que están siendo presentados, incluyendo la revisión que Malaquías refiere del Dr. Richard Doll es exhaustiva y los estudios en los que el Dr. Alberto nos muestra en distintas revistas del British Medical Journal, Circulation, pues todas estas revistas nos están mostrando asociaciones del consumo moderado representa protección para la salud.

Donde se reúnen los criterios que los científicos hemos adoptado como paradigmas de causalidad. Son asociaciones consistentes, en términos estadísticos con fuerza de asociación, con coherencia biológica con antecedentes de la causa-efecto. No voy a referirme a cada una de ellas porque se tornaría en una especie de enfoque epidemiológico que no

es momento de dar, pero enfáticamente esta asociación del consumo moderado reúne las características que nosotros, quienes trabajamos con la epidemiología, con asociaciones causales exigimos para estas aceptaciones.

Sin embargo, me parece que la gran dificultad es la definición de lo que sería el consumo moderado, lo que esto implicaría. En la gráfica que el Dr. Malaquías presentaba, vemos en la línea roja cómo es el consumo moderado, que se mantiene en una protección por debajo del riesgo relativo de 1, siempre protegiendo, vemos que son consumos diarios de alcohol que se mantienen durante la semana, es la línea roja. Pero cuando vemos que las líneas, las otras curvas en “U” suben y traspasan la línea de riesgo relativo, o sea que empiezan a ser ya digamos no la protección, sino el riesgo para la salud es cuando ya son consumos de tantos gramos, pero dos veces a la semana o una vez a la semana, puede que no sea lo suficiente para mantener el espacio o la protección del alcohol durante estos días, o porque nos acercamos al famoso consumo perjudicial que se encuentra en muchísimas de nuestras culturas, el llamado “consumo explosivo” o “borrachera” y ahí es donde viene el gran riesgo que implicaría para las políticas públicas cuando este consumo moderado pueda ser visto antropológicamente o culturalmente de otra manera como serían consumos inapropiados, como tomarse una vez al mes lo que no se ha bebido durante el mismo.

Yo creo que mi participación sería en este sentido, en dar un rotundo “sí”, en que los estudios epidemiológicos son estudios de seguimiento en donde se han tenido en cuenta a variables como: ¿no será que el abstemio abandonó el alcohol porque ya estaba enfermo? Y por tanto, ¿va a tener mayor probabilidad de enfermedad coronaria que los del consumo moderado, sencillamente porque ha suprimido un paso de consumo debido a su enfermedad previa?, ¿Será que los abstemios tienen otros factores de riesgo, otra covariable que no tienen los del consumo moderado?, y empezamos a pensar en ella, dieta rica en grasa, pues no, resulta que la dieta rica en grasa está más asociada a los consumos moderados y excesivos que a las personas que no tienen este tipo de hábito de consumo. El ejercicio, el cigarrillo, todo esto lo han tenido en cuenta los científicos que han venido abordando este problema, y que nos deja pocas dudas de que sea una asociación causal.

Dr. Marco Polo Peña-Corona: Quiero abrir los micrófonos a nuestro público asistente. Evidentemente todos los que están de aquel lado, podrían estar de este lado de la mesa. Tenemos aquí a distinguidos

investigadores en diversos ámbitos; en el educativo, epidemiológico, el de la biología, el de la medicina, sociología. ¿Alguien quiere hacer alguna pregunta, comentario, reflexión?

Dr. José Antonio Elizondo: Bueno, antes que nada, felicitar a los ponentes por esta espléndida exposición y hacer algunas reflexiones en relación con el consumo moderado y excesivo, no sólo del alcohol sino de las sustancias adictivas. Aquí en la mesa se ha puesto mucho énfasis en la dosis, lo cuál es importante, sin embargo, y quizá me gustaría oír algún comentario del Dr. Viesca de la relación de ciertas influencias culturales y el consumo de sustancias adictivas en general, desde luego incluyendo el alcohol.

Para los grupos andinos en Bolivia y en Perú, el mascar hojas de coca nunca fue un problema de salud pública hasta que se descubre el clorhidrato de cocaína, el opio fue una de las sustancias preferidas por algunos de los grandes maestros como Hipócrates, como Galeno o como los grandes médicos árabes, sobre todo y bueno, encontrábamos el opio en casi la mayor parte de las recetas y hasta que “la pérvida Albión” a principios del siglo XIX, empieza a exportar grandes cantidades de opio a China y a intercambiarlas por el té y la seda de los chinos, entonces empiezan a constituir los fumadores de opio, un problema sanitario. En general -como el propio maestro Viesca nos leyó-, durante mucho tiempo el vino fue considerado como un elemento medicinal y justamente iniciada la Revolución Industrial en Inglaterra tenemos la primera epidemia de alcoholismo, sobre todo, una epidemia de ginebra, por la producción masiva de ginebra; en cambio mientras el alcohol fue consumido en forma de vino con producciones artesanales generalmente este consumo de alcohol no constituyó un problema de salud pública.

Posiblemente la reflexión sea con relación a esto, ciertas formas de consumo promueven una serie de problemas que antes no se tenían y por eso quise dar el ejemplo de la cocaína y de los opiáceos y del propio alcohol, por tanto, y quizá, más que este debate público sobre la prohibición, sobre la legalización y la no legalización, la reflexión podría ir encaminada hacia volver a ciertas costumbres del pasado en donde el consumo de estas sustancias y Escotado, que es uno de los autores sobre la historia de las drogas que más han insistido, que más se han opuesto a la prohibición y que son partidarios de la legalización de las drogas refiere esto, no? que tenemos que volver un poquito a los orígenes y posiblemente el consumo más natural de estas sustancias genere menos problemas para la salud. No sé si el Dr. Viesca pudiera hacer unas

consideraciones al respecto. Muchas gracias.

Dr. Marco Polo Peña-Corona: Dr. Viesca si es tan amable.

Dr. Carlos Viesca: Yo creo que podríamos expresar que uno de los problemas fundamentales en términos de problema es el mercado. Cuando existe un interés exagerado para obtener una ganancia, índices de ganancia también exagerados, lo que se va a dar es una forma de enganche que lleva a la adicción y no al consumo en términos de moderación. Yo creo que ese es un punto importantísimo. Por otro lado, si vemos a lo largo de la historia, hay momentos en los que estos consumos, inclusive de tipo artesanal -pensemos en el imperio romano- aumentan de una manera desmesurada y entonces tendríamos que ver esto no como un problema per se, sino como un síntoma de una situación social de desintegración en términos generales y esto ya implica pues otros cuidados y otra serie de consideraciones totalmente diferentes.

En términos de lo que comentaba sobre el uso de opio, analizar el siglo XVI es muy interesante porque es cuando Europa se empieza a dar cuenta mas en serio del opio oriental de nueva cuenta; y entonces hay un médico sevillano Nicolás Monardes que empieza a traficar con medicamentos de América fundamentalmente, pero viendo hacia Europa y que en cierto momento habla de opio y de la marihuana y la expresión es perfecta dice: la marihuana es una droga de grupos socialmente bajos, de poca cultura, sería una droga corriente, dice Monardes; en cambio el opio es una droga elegante, y eso nos hace recordar un poco a uno de los personajes de la condición humana que Malro define perfectamente: opiómano es nada más aquél que consume más de siete pipas de opio al día, menos, es intelectual, es una circunstancia precisa, no? y esto también me recuerda a Colerish por ejemplo, que a base de gotitas de láudano y tecitos de láudano consumía dosis que iban más allá de las siete pipas definitivamente y que vive, no, no perdió ningún año, como decía Guillermo Sheridan hace rato, seguramente ganó varios años y ganó muchos poemas importantes con un problema, constipación, aquí tendríamos que esto lleva también a una arbitrariedad médica.

Años después, un eminente cirujano británico Lain, dice: ya les resolví el problema a los opiómanos, les quito el colon, les pongo una bolsita y no volverán a sufrir constipación y podrán consumir todo el opio que quieran. Ahora, esto también nos lleva a otro gran problema, el pasaje de Dioscórides que yo mencionaba nos dice: “el vino es el enemigo

de la tristeza y de la melancolía”. Podríamos decir, si no hablamos de salud necesariamente, sino de felicidad, o de posibilidad de disfrute, que son elementos de consideración que debemos tomar muy en serio. Si a mí me dan dos años de vida aprovechada aséptica, pues prefiero quince minutos agradables, ¿no?, yo creo que no habría ninguna discusión en estos términos.

Dr. Marco Polo Peña-Corona: Dentro de nuestro auditorio, también se encuentra representada la industria. No sé si sería mucho pedir una opinión de alguno de sus representantes sobre lo que aquí se ha vertido.

Lic. Paul Slomianski: Represento a Bacardí, y básicamente siempre ha sido para nosotros de gran interés sobre todo la opinión pública respecto a los benéficos y a los problemas que causa el consumo de las bebidas con alcohol, evidentemente nuestro negocio no es para la gente que consume en exceso, al revés, la idea o la misión de la industria es promover estos espacios y estos momentos en los que puede haber una expansión de la actividad social y una expansión de la actividad intelectual, si se le quiere llamar así o del intercambio social entre diferentes grupos o simplemente del intercambio familiar, y sí como un pegamento hacia la sociedad y como un impulso hacia las actividades humanas y a la potencialización de diversos elementos de la condición humana de la que se está hablando y si bien no deja de ser una industria, no deja de ser un negocio, no deja de contestar a las leyes de la oferta y la demanda, sí puede dejar de ser satanizada en el sentido de los grandes males que provoca la industria en la sociedad.

En ese sentido, éste, junto con los diferentes seminarios a los que he tenido oportunidad de asistir, son realmente esclarecedores en ese sentido, porque ni todo es tan malo, ni todo es tan bueno y más vale poner los puntos sobre las “ies” y definir ¿cuáles son los problemas?, ¿qué efectos puede tener el exceso? y ¿qué efectos pueden tener las conductas adictivas en determinados grupos sociales o en determinados grupos con determinadas situaciones de salud? y no en un efecto más general y más social en el que evidentemente la actividad o el consumo de las bebidas con alcohol beneficia este intercambio y este desarrollo y esta movilidad social de la que hablamos en la historia y hasta nuestros días. En ese sentido, yo quiero agradecer la labor de FISAC y la labor de los diferentes expositores que en este y en otros seminarios han participado para esclarecer estos puntos.

Dr. Marco Polo Peña Corona: Otra visión que puede sernos interesante es la que tiene un organismo como la Comisión de Derechos Humanos,

afortunadamente a estos seminarios también acude gente de esta instancia, no sé si sería mucho pedirte que nos des una opinión con respecto a lo que se ha tratado esta mañana.

Dra. Amalia Gamio: Yo creo que como decían ya las personas que están aquí es un enfoque muy interesante el hecho de pensar en que la moderación es lo más importante, la ética cambia en cuanto a tiempo y circunstancias, entonces yo creo que lo más importante es que siempre estemos en el enfoque constante de los cambios que se dan a través de la historia, a través de las diversas circunstancias. Desde luego Derechos Humanos tiene en su haber la defensa de la gente en todos sentidos de los fumadores, de los no fumadores, de los bebedores, de los no bebedores pero creo que lo más importante es la información, el derecho a la información, el que todos estemos conscientes de cuáles son los daños que pudiera provocar un exceso, el que se enfoque a que –como aquí se ha dicho- no beban los jóvenes, los niños, porque está comprobado que tienen mayores daños, entonces que estén informados y que el estímulo a las ventas, por ejemplo en este caso no esté dirigido ni a los niños, ni a jóvenes, yo creo que es un punto importante que nos habla de un término medio en todos los sentidos, tanto en la ética como en los derechos humanos y en la salud.

Dr. Marco Polo Peña Corona: Un cercano amigo de esta Fundación, que está en el lado del tratamiento, es el Lic. Jorge Larrea, Director General de Monte Fénix, nos das tu opinión, por favor Jorge.

Lic. Jorge Larrea: Agradezco mucho la invitación. Yo trabajo en un centro de rehabilitación, prevención y educación que se llama Monte Fénix y mi punto de vista en cuanto al alcohol me da gusto poderlo expresar. Mucha gente cree que en los centros de rehabilitación estamos en contra del alcohol o queremos que se prohíba el alcohol o que nadie beba o que tenemos un punto extremista al respecto y realmente no es cierto, nosotros creemos que realmente la gente que no tiene problemas con el alcohol tiene derecho a beber, además el alcohol es legal, entonces nosotros creemos en las normas y en las leyes del país, pero a la vez sabemos que hay un cierto porcentaje de gente que consume alcohol, pierde todo el control para beber y genera un costo personal y un costo social, entonces nosotros por un lado no sentimos que el alcohol se deba prohibir absolutamente de la sociedad, pero por el otro lado también pensamos que se produce un costo social y que los responsables que generan ese costo social deban de cubrir algunos de los costos del costo social que se genera, ésta es más o menos nuestra visión.

Ustedes (la industria productora) tendrían que trabajar en un centro de tratamiento para darse cuenta lo que el alcohol le hace a un enfermo, el alcohólico pierde todo, pierde su familia, pierde su dignidad, pierde su vida espiritual, pierde todo. En México hay muy pocas opciones para tratar esta enfermedad, a mí me gustaría después de que yo suelte este micrófono dárselo a Dra. Ma. Elena Medina Mora del Instituto Nacional de Psiquiatría, ella ha trabajado en comunidades donde se ve verdaderamente cuál es el costo de esta enfermedad. Esta enfermedad es muy seria, también se deben de tomar en cuenta muchas otras cosas cuando se hacen este tipo de cálculos. ¿Cuál es el costo social?, éstas son estadísticas: el 60% de la gente que está en las cárceles tiene un problema de adicción, ¿cuánto cuestan esas cárceles?, ¿cuánto nos cuestan a los contribuyentes esas cárceles?, ¿cuánta gente hay que no va a trabajar los lunes?, los famosos “san lunes”, creo que la Secretaría del Trabajo este año expidió 6 millones de incapacidades, ¿cuántas de esas son porque la gente está “cruda” y no pudo ir a trabajar? yo creo que hay que sumar costos, no nada más costos individuales, es muy bueno el trabajo que se ha hecho, yo lo reconozco, a mí me parecieron exposiciones verdaderamente brillantes, los felicito, pero también hay costos sociales y yo creo que se tiene que hacer una balanza de las cosas malas que hace el alcohol para poder tomar decisiones acerca de cómo manejar ese tipo de problemáticas.

Dra. Ma. Elena Medina Mora: Voy a ser muy breve porque estamos muy encima del tiempo pero creo que la visión de Jorge es también importante, creo que tenemos que ver el problema en un balance y creo que así como tenemos que rescatar los beneficios del consumo moderado y evitar estas “satanizaciones” que no han favorecido una política adecuada, también tenemos que considerar los costos y parte de los terribles costos para los individuos que sufren esta enfermedad y para su familia, es la ausencia de servicios y creo que esa es una parte importante, las familias se quedan con el problema en la familia, no sale el problema por muchos años, causa mucho sufrimiento, hay muchos alumnos que tienen problemas en la escuela porque sus papás están en esta situación y creo que esa es la otra cara de la moneda que siempre debemos de tener en mente cuando hablamos de una política de alcohol.

Dr. Alberto Lifshitz: Dos comentarios breves. Yo presenté lo que hoy se llaman evidencias científicas en relación con esto, pero sí tengo algunos comentarios o algunas reflexiones, la primera es que el consumo excesivo comienza con consumo moderado y la gente ¿cómo puede mantenerse en un consumo moderado durante toda la vida? Ésta es una primera reflexión.

La segunda es que yo estoy presentando la información publicada, no sólo publicada, accesible a mí y hay seguramente mucha más información no publicada o inaccesible que a lo mejor contradice algunas de estas cosas, creo que hay que tomarlo en cuenta porque en el hecho de que se publique o se difunda una cierta información puede haber algunos intereses en favor de que el consumo moderado es saludable y a lo mejor las evidencias en contra de este consumo moderado no tienen tal oportunidad de difundirse, lo dejo planteado nada más así, no tengo muchas más pruebas pero son dos reflexiones que creo que son pertinentes a propósito de lo que se está tratando.

Dr. Guillermo Sheridan Prieto: Déjenme decirles que en literatura ya resolvimos ese problema, hay un escritor húngaro que se llama Sandor Lipaki que en una novela reciente, un cuento, inventa que el problema de alcohol es tan grave -bueno es húngaro ¿no?-, que le ponen a los bebedores una especie de microchip que anda por todo su cuerpo y entonces registra el momento en el que el alcohol se está acercando a un punto peligroso y entonces ese microchip ordena que una maquinita que ya también les pusieron, para que suelte una cosa que hace insoportable la presencia del alcohol en la boca, entonces se acabó el problema. En la literatura siempre somos más listos, es la manera adecuada de impedir que se pase a la famosa tercera etapa de aquella que, ¿Cómo era?, la primera es el relajamiento muscular y de allí a la destrucción del individuo.

Dr. Gastón Melo Medina: Yo quiero decir que el maestro Sheridan es un diablo y que nos ha traído a esta mesa un poco el espíritu dionisiaco ya que hay posiciones muy apolíneas también en esta reunión, yo creo que una posición apolínea es la que tenían los antiguos mexicanos en el siglo XV cuando el consumo del néctar del agave, del pulque era un consumo ritualizado, si bien es cierto que la literatura, la poesía, las artes todas nos han legado enormes productos que no son precisamente el resultado de una actitud de mesura, también es cierto que una parte importante y que quizás esté reflejada en alguna de las estadísticas que nos presentó el día de hoy Malaquías, y en donde la posición de América Latina es una posición muy delicada, muy frágil en lo que respecta a algunos consumos, pienso que esto puede deberse a esta serie de fracturas muy importantes que se han dado en la historia de nuestros territorios, fracturas en donde el gran perdedor es el espíritu apolíneo, el gran perdedor es la cultura, y yo creo que el ejercicio en el que pudiéramos estar aquí, en cierta medida por lo menos, es un ejercicio de vuelta a la cultura.

El sábado pasado algunos de los presentes en esta reunión

estuvieron en la zona del mezquital, cerca de Ixmiquilpan en el estado de Hidalgo, en un centro de investigación que se ha creado en esta zona y en donde a las personas que ahí asistieron les daba pena ofrecerles su producto de lujo que es el pulque, uno de los médicos que asistió, generosamente llevó cervezas porque no podía llevar pulque, pero creo que eso es símbolo de una cierta pérdida de cultura, entonces Guillermo con mucho respeto y todos aquí creo que por un lado sí es muy importante el espíritu dionisiaco pero es muy importante también esa parte apolínea, esa parte de vuelta a la cultura, de vuelta a los rituales, de vuelta a las normas de una sociedad que se ha hecho quizás demasiado laxa y en donde efectivamente todos compartimos una responsabilidad.

Dr. Malaquías López Cervantes: Dos comentarios muy rápidamente en relación con lo que se ha estado mencionando, empiezo por el título del evento que se refiere al consumo de bebidas con alcohol como factor de protección a la salud, indiscutiblemente el consumo de alcohol tiene efectos que no están relacionados con la salud, con tener diabetes, con tener hipertensión, yo creo que valdría la pena pensar en otro evento en el que hablemos del consumo moderado y los efectos sociales que tiene el consumo moderado, etc., porque no nos invitaron a tocar ese punto ¿no? a lo mejor hubiéramos podido decir algo, a lo mejor no, pero lo que estábamos nosotros comentando tiene que ver directamente con este asunto de lo que llamamos salud, que ni siquiera sabemos muy bien qué es.

A mí me gusta mucho la reflexión acerca de la importancia que tiene lo individual y a veces nosotros nos olvidamos de ello, pero estamos adoptando una perspectiva poblacional, es decir, estamos pensando que consumir alcohol es algo así como que de pronto, imagínense que se derramaran algunos miles de millones de litros sobre la población, no necesariamente sabemos a quién le van a ir a dar en la boca y se los va a ingerir y qué exactamente le va a pasar, yo en este asunto de que si sabemos qué pasa con el individuo -yo por si las dudas me tomo casi todos los días un trago ¿no?-, no estoy totalmente convencido, entonces trato de seguir averiguando, pero esto me lleva al punto que mencionaba aquí Julio acerca de la causalidad, y rescatando lo que decía Guillermo Sheridan acerca del fiel de la balanza me he declarado desde hace mucho tiempo como una persona que es de extremo centro, entonces trato de buscar, aunque no lo logro, algún tipo de equilibrio: dormir algo en las noches, no incurrir en demasiados excesos dionisiacos, pero de todas formas yo creo que el asunto al final de cuentas sí nos conduce a pensar que la dosis es importante, o sea no estamos seguros si sí o no pero alguno de ustedes trate

de tomarse 200 litros de agua en menos de una hora, el agua es esencial para la vida, el cuerpo es principalmente agua, pero el agua mata.

Yo creo que no podemos llegar a conclusiones absolutamente tajantes, insisto en lo que dije al final, esto de que si los criterios de causalidad se cumplen o no se cumplen son meras recomendaciones acerca de cómo normar el juicio, pero difícilmente estamos suficientemente preparados para interpretar lo que son, informaciones agregadas y poder traducirlas al final de cuentas en conclusiones. Yo siempre uso con mis alumnos en el Instituto el ejemplo de soltar una pluma y preguntarles si cayó porque la solté o porque hay gravedad.

Conclusiones

Dr. Marco Polo Peña Corona: Son las 11:07, vamos a pasar a las conclusiones, un minuto cada uno por favor. Dr. Julio González.

Dr. Julio González: Quizás siguiendo la línea de causalidad yo diría que la evidencia que existe en relación con el consumo moderado y los beneficios para la salud, la gran mayoría está realizada en personas adultas, mayores de 45 años, muchos son cohortes de médicos británicos y no hay mucha evidencia en los menores de 45 años y dada la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, de la enfermedad coronaria en las mujeres, que no es tanta como en los hombres, tampoco hay mucha evidencia o los datos no son tan concluyentes en el género femenino o sea que estaríamos hablando en hombres adultos. Pienso que esa recomendación de no-alcohol en los jóvenes y únicamente para las personas adultas es una síntesis de la sabiduría también mexicana, cuando las sanciones eran serverísimas para el consumo de alcohol por parte de los jóvenes, mientras que eran estimulantes y promocionales para los ancianos y adultos mayores, esto me llama la atención porque vi que el Dr. Richard Doll en un ensayo sobre los efectos benéficos del alcohol, tomaba a Platón y hacía exactamente la misma cita que los mexicanos tenían para su población.

Dr. Malaquías López Cervantes: Como conclusión y con relación al tema que nos dice si el consumo moderado de bebidas con alcohol protege o no la salud yo diría que cuando uno está muy adentrado en los 40, pues sí debe tomarse una copa porque si se muriera al final de cuentas de cirrosis, ya a lo mejor no le debe tiempo a la vida, alcanza el tiempo.

Dr. Carlos Viesca Treviño: Yo resumiría planteando lo que comentaba Malaquías de nuestro comentario ahí tras bambalinas, no hay que beber mientras seamos niños, pero ¿después qué?, la clave creo que es diferenciar perfectamente en donde está una situación de bebida compulsiva y rumbo a la adicción, que a eso lo pondríamos en un grupo separado, esto significa enfermedad y es otro problema absolutamente diferente, por otra parte está la composición de alcohol en los medicamentos, sigue habiendo excipientes alcohólicos en los medicamentos, yo creo que esto es algo que tenemos que tomar como una evidencia, hay medicinas que se diluyen mejor y se aprovechan

mejor si se diluyen en alcohol, también habría que pensar en el sabor de las medicinas, no deben de ser necesariamente horribles para que sean buenas y aquí va una orientación a los productores, podríamos buscar medicinas que tengan contenido alcohólico que sepa a buen vino, por ejemplo ¿no?. Yo me acuerdo que de niños, en mi casa, de repente había un tónico, el “opocrinase”, que tenía oporto y ese sí nos gustaba y de los tónicos comunes y corrientes corríamos, eso hay que tomarlo en cuenta.

Ahora la historia nos está diciendo que a través de por lo menos 5,000 años esto ha sido una constante, habría que racionalizarlo, habría que actualizarlo a las condiciones sociales actuales y no necesariamente decir no al consumo de una bebida con alcohol.

Dr. Alberto Lifshitz: A mí me parece que el tema está muy matizado por los gustos de quien juzga los datos, la cultura, los aspectos simbólicos del consumo de alcohol, etc., por lo que resulta muy difícil aislar un fenómeno fisiológico de todo esto, sin embargo, los pocos intentos que se van haciendo parecen apoyar esta idea de que un consumo moderado de alcohol puede ser benéfico para la salud.

Dr. Guillermo Sheridan Prieto: A mí me parece espléndido eso y siento que desde luego combina con la necesidad individual de ser responsable de cuánto se hace y la obligación del estado de disuadir o de impedir con los recursos a su alcance el hecho de que esa responsabilidad individual pueda afectar el contexto social de ese individuo, desde luego y me alegra una vez más constatar que en el territorio mágico del alcohol en donde el tímido se convierte en audaz y el cobarde en valiente y el tonto en filósofo y el filósofo en tonto, siga sucediendo todo este conflicto y toda esta discusión, no cabe duda de que es un don de los dioses, un don de la civilización, un instrumento que nos hace mejores y que nos hace peores y por eso mismo es que habría que brindar muy pronto.

Dr. Marco Polo Peña Corona: Antes de pedir al Dr. Melo que haga la clausura de este seminario quiero dar las gracias a la Fundación de Investigaciones Sociales, al Dr. Gastón Melo por la oportunidad que me dio de elaborar, de coordinar estos seminarios.

Hace un año que me invitó, me dijo que quería “que hiciéramos algo que reflejara realidades, realidades desde un punto de vista holístico”, la intención de estos seminarios en los que han participado más de 60 instituciones con ponentes, con comentaristas, o como asistentes a lo largo de 7 episodios que hemos tenido, me ha dado a mí esa maravillosa

oportunidad de aprender, aprender en el sentido de agarrar e integrar, de no soltar, me quedo con eso, termina el ciclo este día y con la elaboración del cuadernillo de este seminario, mi trabajo en esta Fundación.

Les agradezco a todos ustedes. su apoyo de siempre. A la Doctora Rosa Isela Oritz de Luna, las maestras Guillermina Natera, Pilar Garrido, Georgette Caamaño, Pilar Milke, el Dr. Luis Fernando Hernández Lezama, el Dr. David Kershenobich, a quienes nos han acompañado permanentemente, la Dra. Consuelo García (que viene desde el estado de Hidalgo), la Mtra. Rosovsky, Martha Romero, en fin a todos Uds. les doy muy cumplidas gracias, en especial a Gastón Melo, a mis asistentes, las Psicólogas Claudia Feria y Alejandra Medina por toda su colaboración, y sobre todo a quien para mí, es la persona más importante de este auditorio, mi pareja en la vida, Maris que en todo momento me acompaña y apoya.

Dr. Gastón Melo Medina: Nada más un momento para darles de nuevo a los señores ponentes -hoy no tuvimos mujeres en esta mesa, aunque en otras ocasiones ha sido poblada de damas muy inteligentes-, las gracias muy sinceramente.

Marco efectivamente cumple un ciclo pero cree que ya se salvó, cree que ya se va, por supuesto que independientemente de que concluye con este seminario una labor de la que ya hablamos hace un momento continúa su función como miembro de nuestro Comité Científico, igual que algunos de los aquí presentes.

Los trabajos de este comité se ven reflejados por una parte en la orientación de los seminarios y por la otra también en el contenido de algunos de los productos de esta Fundación como es el manual del taller *TIPPS* que el próximo ..., esperemos que antes de que concluya este año veamos su primera edición.

Muchas gracias nuevamente y hasta la próxima edición de este seminario.

Coyoacán, D.F. octubre 18 de 2000

**Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.,
Seminario Permanente
“Investigación, Cultura y Salud”
2000**

CUADERNOS FISAC

**“EL PULQUE, LA CULTURA Y LA
SALUD”**

**“LA MUJER EN LA CULTURA DEL
CONSUMO DE BEBIDAS CON
ALCOHOL, RIESGOS Y BENEFICIOS”**

**“POLÍTICAS DE MODERACIÓN EN EL
CONSUMO DE BEBIDAS CON
ALCOHOL”**

**“LOS JÓVENES Y LOS RIESGOS EN EL
CONSUMO DE BEBIDAS CON
ALCOHOL, ¿QUÉ PODEMOS PREVER?”**

**“LA TERCERA EDAD, ¿CUÁL ES LA
EXPERIENCIA Y CUÁLES LAS
CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE
BEBIDAS CON ALCOHOL?”**

**“EL TRABAJADOR Y LAS BEBIDAS CON
ALCOHOL, RAZONES,
CONSECUENCIAS Y ALTERNATIVAS”**

**“EL CONSUMO MODERADO DE
BEBIDAS CON ALCOHOL COMO
FACTOR PROTECTOR DE LA SALUD:
¿MITO O REALIDAD?”**

Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.

Otras publicaciones

Arte Culinario Mexicano

Beber de Tierra Generosa. Historia y Ciencia de las

Bebidas Alcohólicas en México

Cartografía y Crónicas de la Antigua California

Coloquios y Doctrina Cristiana

Cruce de Caminos

El Cercado Cósmico

Historia del Arte Hispanoamericano

Las Bebidas y la Salud Social

Nuevos Documentos sobre Inquisición

Remembranzas. Visión de un Luchador

Thinner: Inhalación y Consecuencias

Publicaciones periódicas

Cuadernos FISAC (Bimestral)

El Sabor del Saber (Cuatrimestral)

Infoalcohol (Quincenal)

Visite nuestra página WEB

www.fisac.org.mx