

FOMENTO DE RIESGOS S.A.

TRADUCCIÓN DEL ARTÍCULO:

EL SANTO TEMOR

McCormick, J S; Skrabanek, P. Holy dread. *Lancet (British Ed.)* 1984;2:1455-6

El santo temor ha alcanzado proporciones epidémicas debido a la generalizada y desenfrenada diseminación de dos falacias: la “falacia de la muerte burlada” y la “falacia del riesgo”.

La falacia de la muerte burlada ha sido promulgada por los apóstoles de los cambios en los estilos de vida. En su entusiasmo les ha faltado destacar que escapar de una muerte por infarto de miocardio permite la posibilidad de morir por cáncer, ACV o enfermedad de Alzheimer. Ellos constantemente se refieren a las reducciones en la mortalidad. Dado que la muerte es la única certeza de la concepción, la mortalidad nunca puede reducirse. Para aquellos preocupados con las poblaciones puede ser una recompensa el transferir la mortalidad desde una categoría a otra, pero a menos que tal transferencia se asocie con prolongación de la utilidad y una vida feliz esto no es importante para los individuos.

Al lenguaje de los entusiastas frecuentemente le falta templanza. Williams habla de “expectativas no realistas de que, a pesar de no cumplir con los consejos del médico en relación con los factores de riesgo (ej. obesidad, tabaquismo y alcohol), ellos escaparán de alguna manera de los castigos de su auto-indulgencia” (1). La mayoría escapa de los castigos, pero ninguno escapa de la muerte. En 1976, en USA, murió tanta gente por enfermedad isquémica entre los 90 y 94 años de edad como entre los 55 a 59 (2)

La oficina de correspondencia del *Sunday Times* habló de aquellos que no habían sido engañados:

<<Lo que me enfada no es tanto la enfurecida intolerancia de la generalización de los aficionados antitabaco, difícil de aceptar, aunque sea a la luz de sus hábitos personales, sino la escandalosa y arrogante deshonestidad intelectual de su subsección médica “Abandona el tabaco y vive”, porque ninguno de sus expertos médicos se preocupa jamás de explicar las opciones. ¿Qué alternativas pueden esperarse? Yo sospecho que las alternativas no son más agradables ni los retrasos tampoco son demasiado largos. Lo que yo no soporto es el insulso supuesto de los médicos de que soy tan estúpido como para tragar su argumento a medias sin cuestionármelo>> (4).

En el pasado, los reyes pagaban a los alquimistas en oro con la expectativa del prometido elixir de la vida. Hoy en día, los consejos del médico sobre los factores de riesgo están disponibles para cualquier persona por un módico precio, o el coste de un periódico.

La falacia del riesgo nace de nuestro fallo en discriminar entre los riesgos absoluto y relativo. El riesgo relativo, a pesar de ser un índice importante o la fuerza o una asociación entre un supuesto factor de riesgo y una enfermedad, tiene poco o ningún efecto sobre la probabilidad de que una persona vaya a morir de esta enfermedad.

Para los preocupados por la población, puede ser interesante saber que las mujeres que llevan bikini o se bañan desnudas tienen 52 veces más posibilidades de adquirir melanoma que las que llevan el tradicional bañador de una pieza (5). Dejando de lado el hecho de que el melanoma no ocurre frecuentemente en las áreas cubiertas por el traje de baño, la probabilidad de desarrollar melanoma en una mujer media es muy pequeña: las tasas de muerte anual son aproximadamente el 1 por 100.000. Esto supone una insignificante fracción del cáncer total en las mujeres.

Un artículo de mortalidad reproductiva en Massachussets concluyó que esta mortalidad podría ser más reducida prohibiendo los anticonceptivos en las mujeres de 35 años o más que fuman o que son hipertensas (5). Esta conclusión se basó en que el riesgo absoluto

de 8,6/100.000 en las no fumadoras se triplicó hasta 25,8/100.000 en las fumadoras. Lo que actualmente se ha observado han sido 2 muertes en el grupo de fumadoras y 1 muerte en las no fumadoras en la edad de 15 a 35 años. Así un total de 4 muertes atribuibles a la anticoncepción oral se registraron en un año, representando el 0,5% de todas las muertes totales femeninas en Massachussets en el grupo de edad de 15 a 44 años. Mientras que triplicar el riesgo de muerte impresiona, el riesgo absoluto de mujeres fumadoras fue pequeño, comparado con otras causas de mortalidad, tan pequeño, de hecho, que en algunas circunstancias la mujer con más de 35 años o que es moderadamente hipertensa (cualquiera que sea la hipertensión considerada) debería ser aconsejada para continuar tomando esas pastillas (6). Este consejo puede correr en contra de todo lo querido para el estudiante de factores de riesgo. Sin embargo, por irresponsable que pueda parecer a los epidemiólogos, podría haber seguras posibilidades para fijarse en ello y puede haber un sabio consejo para el mejor interés del paciente.

Incluso la interpretación del riesgo relativo puede sufrir una distorsión. Marmot revisó la evidencia de que tomar alcohol (hasta 6 unidades de bebida por día) puede proteger contra la enfermedad coronaria (7)¹. Él concluyó que el efecto protector no es grande, aunque el riesgo relativo fuera 0,5. De otra parte, el bien conocido incremento de la tasa de mortalidad de los fumadores no se compensa por esta ganancia, pues el riesgo relativo de muerte, comparado con los no fumadores es un simple 1,5 (ni siquiera el doble).

Esas dos falacias, la falacia de escapar de la muerte y la falacia del riesgo, han caído en terreno fértil. Vivimos en una era en que se glorifica la juventud, en la que la muerte es tomada al cuidado por los profesionales, en la que las religiones están perdiendo su poder para disminuir la muerte con explicaciones aceptables y la promesa de inmortalidad. La profesión médica ha considerado rentable dedicar mucha energía a la siembra y, posteriormente, obtener la cosecha del santo temor.

Vivir temiendo a la muerte es temer a vivir. ¿Por qué tenemos miedo a la pérdida de algo, que si se pierde no se puede lamentar: ya que estamos amenazados por todas las formas de la muerte? ¿No es peor sufrir por el temor a todas las causas de muerte, que sufrir sólo una? (8).

James S. McCormick
Petr Skrabaneck
Department of Community Health,
Trinity College, Dublin, Ireland

REFERENCIAS

1. Williams PA. A productive history and physical examination in the prevention and early detection of cancer Cancer 1981; 47: 1146-50.
2. Vital Statistics of the United States, 1976, vol 2. Mortality Hyattsville, Md US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, 1978.
3. Walker F The pleasures of smoking in the end we are all dead anyway. Sunday Times Feb 17, 1980
4. Rigel DS, KopfAW, Greenwald DI, Levine LJ, Friedman RJ. Is the unsuit unsuitable? N Engl J Med 1984, 311: 200
5. Sachs BP, Masterson T, Jewett JF, Guyer B. Reproductive mortality in Massachusetts in 1981. N Engl Med 1984; 311: 667-70.
6. Logan AG Report of the consensus development conference on the management of mild hypertension in Canada. Toronto. Canadian Hypertension Society, 1984.

¹ NdT: Skrabaneck cita en más sitios este ejemplo sin añadir que se trata de estudios observacionales de baja a muy baja calidad de evidencia sin grupo control, que incluso el beneficio sobre esta única variable es muy bajo en números absolutos. Sería interesante disponer de estudios controlados y con otras variables que importan al paciente, de modo que pueda hacerse un balance de beneficios, riesgos, inconvenientes y costes para el individuo y para la sociedad.

7. Marmot M Alcohol and coronary heart disease *Int J Epidemiol* 1984; 13: 160-67.
8. Montaigne M *de Essais I*, 20 (1580) Paris: Garnier-Flammarion, 1969: 137