

ENTREVISTA CON EL DR. MARKS

Juan Sevilla Gascó*
Carmen Pastor Gimeno*

El Dr. Isaac Marks es uno de los más grandes representantes de la Terapia de Conducta mundial. Sus libros se han traducido a la mayoría de los idiomas, incluido el nuestro, y han sido fuente de inspiración para varias generaciones de terapeutas de conducta. Siendo doctor en Psiquiatría, llama la atención que en todo su trabajo, realizado especialmente en el área de la ansiedad, se da el mensaje de quitar importancia al uso de fármacos en favor de la técnicas de Exposición.

* Psicólogos.
Centro de Terapia de Conducta.
Avda. Jacinto Benavente, 12,
7.º A - Tel. 96/395 28 02
46005 VALENCIA

A nivel personal, el Dr. Marks, a pesar de su enorme prestigio, también sorprende por su sencillez, accesibilidad y amabilidad. Esta entrevista se realizó en febrero de 1992, con motivo de las conversaciones previas a la realización del "I Congreso en Valencia sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad", en el que el Dr. Marks fue uno de los profesores invitados.

—¿Podría hablarnos de su formación y evolución profesional como psiquiatra?

—Me licencié en Medicina en Ciudad del Cabo y trabajé allí como médico durante un par de años; allí tuve un ligero contacto con la psiquiatría que hizo que me aficionara a ella, así que en 1960 me fui a Londres para especializarme en el Hospital Maudsley, donde fui contratado y donde he permanecido desde entonces.

Recibí mi doctorado en psiquiatría en 1963, haciendo mi tesis doctoral en el Hospital Maudsley donde empecé a hacer investigación en terapia de conducta en 1965 con Michael Gelder, y trabajé con Jacke Rachman y otros muchos. Realicé la mayoría de mi trabajo sobre trastornos de ansiedad y también sobre trastornos sexuales. Y, una vez estuvo claro que teníamos métodos eficaces para el tratamiento, empezamos a buscar formas más económicas para ofrecerlo a los pacientes. Así que comencé a formar enfermeras-terapeutas para hacer el tratamiento y, más recientemente, he empezado a experimentar en el uso de computadoras para ayudar a acortar el tratamiento.

—¿Cómo empezó su relación con la terapia de conducta?

—Necesitaba un trabajo y mis profesores me dijeron que había uno de investigación de terapia de conducta, y pensando, o deseando probar que no funcionaba lo acepté (creo que pensaba que iba a demostrar que los psicólogos estaban en un error), pero descubrí su eficacia y seguí trabajando en ello a partir de ese momento.

—¿Podría hablar de su trabajo en el Hospital Maudsley actualmente?

—En el Hospital Maudsley suelo dirigir un grupo de diez pacientes. La mayoría de ellos sufren un trastorno obsesivo compulsivo, unos pocos son fóbicos, y, recientemente, he empezado a tratar con pacientes con encefalitis miálgica, que también

responde a la terapia de conducta. Antes intenté trabajar con adictos a la heroína, pero los resultados fueron muy desalentadores, así que ya no los tratamos. Además dirijo un curso de preparación para enfermeras-terapeutas: preparamos en este momento a unas 9 ó 10 enfermeras a la vez en terapia de conducta y tenemos también una unidad de investigación en problemas de ansiedad donde estamos investigando diferentes tipos de tratamiento, incluyendo fármacos y terapia de conducta. Estamos a punto de iniciar un estudio importante sobre trastornos por stress post-traumático y estoy también implicado en el desarrollo de programas de ordenador para controlar el progreso en el tratamiento y como ayuda para el tratamiento mismo; y trabajo también en algo que pocos terapeutas de conducta hacen, cuidado en comunidad para trastornos psicóticos.

—¿Por que trastornos de ansiedad?

—Empecé a interesarme por ellos cuando encontré a unos cuantos pacientes con estos problemas y observé que los métodos conductuales juegan un papel importante produciendo mejoras; por eso durante los últimos 25 años, junto con otros colegas, he estado intentando mejorar los métodos. Hemos avanzado sustancialmente en este área y hay un gran nivel científico en problemas de ansiedad, así que ahora tratamos a los pacientes mucho más rápido y mucho más eficazmente que nunca.

—¿Qué piensa de la terapia cognitiva?

—Mucho de lo que se llama terapia cognitiva resulta ser terapia de conducta. Que los componentes puramente cognitivos contribuyan por encima y más allá de los componentes conductuales es algo que necesita todavía ser investigado. Hay muy pocos estudios, sólo uno o dos hechos por Butler en Oxford que muestren que la terapia cognitiva añade algo a la terapia de conducta. La gran

mayoría de los estudios son negativos, incluyendo un par que hemos realizado en mi unidad y donde encontramos que los componentes cognitivos eran simplemente una pérdida de tiempo. Así que me gustaría que se probase lo contrario, pero hasta ahora me parece que la terapia cognitiva es innecesaria para producir mejoras. En cuanto a su

nal, así que no está nada claro que la terapia cognitiva tenga nada de especial. Se hizo un estudio hace unos años en Wisconsin que mostró que la terapia cognitivo-conductual llevada a cabo por ordenador era tan buena como la tradicional para el tratamiento de la depresión. Ambas eran mejores que un control externo. Y el resultado

única que ha sido constantemente probada. Su eficacia ha sido demostrada y los beneficios obtenidos por los pacientes persisten en seguimientos de 4 ó 6 años, cosa que no ha ocurrido con otras técnicas como, por ejemplo, la terapia de resolución de problemas, en Oxford. Ahora bien, por supuesto, si pudiéramos ir más allá de este método y encontrar uno más fácil para los pacientes, eso sería un gran avance, pero nadie ha mostrado un avance así hasta ahora, y, ciertamente, la terapia cognitiva no lo ha conseguido. Por ejemplo, un estudio de Clark en Oxford que comparaba la terapia de exposición de Öst con la terapia cognitiva, encontró que la terapia cognitiva era mejor, pero es que el método de exposición de Öst no supone una exposición fuerte, no es el método que nosotros usamos.

Por lo tanto, si se hubiera encontrado algo más eficaz lo usaríamos. Pero hasta ahora no ha habido nada así, con una excepción muy interesante, el experimento llevado a cabo por Öst: él puso en marcha una idea que yo sugerí en pacientes con fobia a las heridas y a la sangre. Descubrió que enseñar a los pacientes a tensar sus músculos y a participar esa tensión muscular, producía mejores resultados que la exposición. Lo que es interesante con respecto a ello, es que se ofrecía a los pacientes ejercicios de tensión más instrucciones de exposición únicamente, y aún así mejoraban. Creo que ahí tenemos un déficit fisiológico específico que hace que los pacientes se desmayen y caigan cuando ven la sangre, y los ejercicios de tensión muscular hacen que la presión sanguínea se mantenga alta y evitan que se desmayen, así que es una estrategia muy eficaz. Y esa es la única excepción, en que algo ha funcionado mejor que la terapia de exposición.

—¿Podría hablarnos del porcentaje de éxito que obtiene en agorafobia y en trastornos obsesivo-compulsivos?

—Bien, de todos los pacientes a los que ofrece-



Doctor Isaac Marks

“...deseando probar que la terapia de conducta no funcionaba descubrí su eficacia”

papel en la depresión, puesto que la terapia cognitiva está fundamentalmente pensada para el tratamiento de la depresión, se hizo un estudio en América, encontrándose resultados iguales e incluso mejores que la terapia interperso-

fue que las cogniciones mejoran después de que el estado de ánimo haya cambiado y no al contrario. Así que parece que la evidencia no es muy convincente, pero, probablemente, cuando se hayan hecho más estudios se verá. Mi predicción es que la terapia cognitiva es una forma de resolver problemas, y son las habilidades de resolución de problemas las que hacen que la terapia funcione.

—En su trabajo encontramos un mensaje claro: terapia de exposición para la ansiedad; ¿por qué?

—Hasta ahora la terapia de exposición ha sido la

mos tratamiento, un 75% lo aceptan y completan, y, de esos, la mayoría evolucionan razonablemente bien, o muy bien. Por ejemplo, eliminan su conducta de evitación, el miedo disminuye y su actuación social mejora, se convierten en mejores padres y esposos; y, sin embargo, muy pocos quedan totalmente libres, normalmente retienen un "eco" del antiguo problema y les pedimos que estén preparados para esperar una recaída y enfrentarse con ella rápidamente cuando ocurra; de esta forma, previendo esas recaídas, la mayoría de la gente se queda razonablemente bien: no están completamente curados, pero viven mucho mejor.

—Hoy en día todo el mundo habla de "ataques de pánico". ¿Qué piensa de ellos?

—Eres un "jeune provocateur" (*risas*).

—En serio, sabemos que a usted le gusta hablar sobre ataques de pánico.

—Creo que, simplemente, a lo que la gente llamaba anteriormente ansiedad ahora le llama pánico; a partir de 1980 pasó de moda llamarlo ansiedad y ahora algunas personas dicen tener ansiedad súbita y otras tener pánico: ese es el cambio, es un cambio semántico. Es cierto que algunas personas tienen subidas de ansiedad súbitas, pero no hay pruebas de que sus características sean cualitativamente distintas de la ansiedad. Acabamos de publicar el mes pasado, en el *British Journal of Psychiatry*, un análisis comparativo de las características de la ansiedad y las del pánico, y los puntos comunes son mayores que las diferencias. Una cuestión que mucha gente no se plantea es dónde ocurren estos ataques de pánico, y la mayoría ocurren en situaciones agorafóbicas, así que la mayoría de trastornos de pánico son agorafobia. Hay una minoría de casos en que los ataques de pánico ocurren en cualquier sitio y no son por

"...que los componentes puramente cognitivos contribuyan por encima y más allá de los componentes conductuales es algo que necesita todavía ser investigado"

"...la categoría de trastorno de pánico es un estadio regresivo y no un avance científico"

tanto agorafóbicos —hay quizás un 5% o menos de este tipo— y es posible tratarlos también con métodos de exposición, a estímulos internos más que externos. Así que, en mi opinión, la categoría de trastornos de pánico es un

estadio regresivo y no un avance científico, ya que distrae la atención de la gente de donde ocurren los pánicos, lo que es muy importante para su tratamiento. Lo habéis conseguido... he hablado de pánico (*más risas*).

—¿Qué otros autores en el área de la ansiedad son más relevantes en la actualidad?

—Creo que Öst, al que ya he mencionado, de Upsala, en Suecia, ha hecho algo importante en lo que respecta a mostrar un método útil para pacientes con fobia a las heridas y la sangre. Está también Barlow, que trabaja con exposición a estímulos internos, una idea interesante que necesita más investigación. Creo que el trabajo de Edna Foa tratando el stress post-traumático producido por violación es también bastante bueno y será muy interesante ver los resultados de los últimos estudios de control. Y creo que esos son los tres más interesantes en este momento.

—Podría contarnos alguna anécdota o algo interesante que le haya ocurrido realizando sus tratamientos?

—La más interesante no me ocurrió a mí, sino a otra gente, hace muchos años. Uno de los primeros pacientes tratados por exposición en el Hospital Maudsley, cuando se le pidió que saliera y cruzara la calle, cayó muerto al suelo. En el post-mortem se descubrió que tenía una enfermedad congénita del corazón y que su muerte no tenía nada que ver con la terapia, hubiera muerto de todas formas, pero lo interesante es que esto no perturbó a los terapeutas, que siguieron haciendo su trabajo.

Otra: un paciente con fobia a volar, tratado en Jerusalén, fue persuadido para que tomara un avión de Tel Aviv a París, que resultó ser secuestrado.

Y puedo contarles una tercera, que en este caso me ocurrió a mí: estaba

dando un seminario en Amsterdam y se me presentó un paciente con un trastorno obsesivo compulsivo que tenía supersticiones con los números, como el 7, el 13, etc. Tenía que cruzar la calle para evitar los números de las casas, no podía tener en su casa paquetes de comida que llevaran escritos esos números, etc. Y creía que si veía un número 7 ó 13 algún miembro de su familia se pondría enfermo y moriría. El tratamiento consistía en hacerle escribir esos números. Se resistía mucho a hacer lo que yo le proponía, así que le dije: "De acuerdo, voy a escribir un 7 en un trozo de papel y a meterlo en mi bolsillo y a decir 'Mi tía X va a morir'. ¿Quieres hacerlo mismo, quieres matar a tu tía, por favor?" Y con gran resistencia escribió un 7 y lo metió en su bolsillo, y le dije: "Vale, ya hemos matado a nuestras tías, ahora vamos a matar a nuestros tíos", y escribí un 13 en un papel y lo metí en el bolsillo. Y muy lenta y temerosamente él hizo lo mismo. Entonces llegó el momento de parar para comer y salió de la habitación, le dije al grupo: "quizá siga el tratamiento, pero no está muy motivado". De todas formas nos reunimos una hora después y volvimos a empezar y cuando estábamos iniciando el trabajo llamaron a la puerta y entró él: cogió su trozo de papel lo lanzó contra la mesa y dijo: "puede quedarse este trozo de papel, mi tía acaba de morir". Me interesé por el motivo de la muerte y me dijo que era un cáncer terminal. Así que el tratamiento continuó, escribimos más números en trozos de papel y matamos más miembros de nuestras familias con la intención de romper la creencia supersticiosa de que el número estaba relacionado con la muerte cuando no tenía nada que ver... ¡pero fue un mal rato!

—Muchas gracias, Dr. Marks, por su amabilidad.