



1. ¿Cuál ha sido tu recorrido profesional hasta el día de hoy? ¿Actualmente donde te encuentras?

Estudié en la Universidad Autónoma de Madrid, donde también había cursado unos años de Biología. Después de la carrera, hice un máster de Terapia de Conducta en el Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA), y luego, también en la Universidad Autónoma de Madrid, otro de Psicología General Sanitaria. Hice mi tesis doctoral, dirigida por la profesora M^a Xesús Froxán, en el equipo ACOVEO, del que soy parte desde hace casi diez años ya. Después de doctorarme, comencé a trabajar en la Universidad Europea de Madrid, donde llevo ya cuatro años enseñando, fundamentalmente, asignaturas clínicas. Actualmente compagino el trabajo de docente en la UEM con la investigación, y con ITEMA, donde, además de ejercer mi trabajo como terapeuta, también tutorizo y formo nuevos terapeutas de conducta.

2. ¿Por qué crees que el lenguaje de un psicólogo es su mayor herramienta?

No es solo el lenguaje, sino toda su conducta. Lo que ocurre es que, en la clínica ambulatoria, la interacción es principalmente verbal. Además, en contextos no institucionalizados, tenemos muy poca posibilidad de moldear directamente los comportamientos que queremos crear: hablamos con el cliente una hora a la semana y luego se va y vuelve a su entorno diario, que está fuera de nuestro alcance. Así las cosas, lo único que tenemos para conseguir un cambio de comportamiento en el cliente es lo que decimos en sesión y, de forma crucial, cómo lo decimos. Suelo decir que el lenguaje es el bisturí del psicólogo por esto: uno tiene que tener la suficiente competencia con el lenguaje para usarlo de herramienta que vaya dirigida a conseguir los fines deseados.

“Suelo decir que el lenguaje es el bisturí del psicólogo por esto: uno tiene que tener la suficiente competencia con el lenguaje para usarlo de herramienta que vaya dirigida a conseguir los fines deseados”

3. Háblanos un poco de ti, ¿quién es Ricardo de Pascual?

¡Es una pregunta difícil! Soy una persona que llegó al análisis de conducta, como casi todos, de rebote. Empecé a estudiar biología porque siempre me apasionó el comportamiento animal; cuando hice el cambio a psicología fue con bastante miedo de lo que me iba a encontrar. Por suerte y por desgracia, no me equivoqué: la psicología estaba (y está) llena de pseudociencia y de cuestiones muy poco sólidas. Esa es la desgracia. La suerte es que fui a dar con un grupo de profesores y estudiantes que me introdujeron en el análisis de conducta, y aquí estoy, quince años después, dedicándome a ello. A la clínica también llegué de rebote, pero descubrí en ella una oportunidad única de ayudar mediante los principios del análisis de comportamiento. Hoy en día, me da muchas alegrías. Por lo demás, soy alguien bastante sociable, así que me paso la vida en Twitter y otras redes, y sigo formándome... Aunque sobre todo en cosas que no tienen que ver con la psicología, como el diseño gráfico y la ilustración. Una cosa que me encantaría sería formarme en lingüística. Creo que el lenguaje es (y no solo refleja) el mundo que habitamos.

4. ¿Cómo motivamos en terapia? ¿Es imprescindible esta motivación para que exista el éxito fuera de sesión?

Motivamos en terapia anticipando las consecuencias, apetitivas y/o aversivas, de un comportamiento concreto. Esto va más allá del típico “¡venga, que tú puedes!”, y requiere que uno sea bastante más explícito con lo que el cliente tiene que hacer y, sobre todo, lo que puede esperar de su comportamiento.

En cuanto a si es imprescindible o no, yo diría que es algo que simplemente ocurre, independientemente de que el terapeuta quiera o no. Cualquier anticipación de contingencias podría tener un efecto motivador (es decir, de establecimiento o abolición), independientemente de que el terapeuta lo haga a propósito o no. Es decir, creo que sería difícil cualquier conversación que implique lo que el cliente debe hacer para conseguir sus objetivos y que no exprese, directa o indirectamente, lo que ocurrirá en caso de hacer (o no hacer) cosas específicas. Por lo tanto, sería bastante difícil ver si debe o no existir esta motivación verbal para que haya éxito terapéutico; lo que sí es claro es que, sin algún tipo de operación de establecimiento (que es de lo que hablamos más frecuentemente cuando decimos “motivación”), sería difícil que se diera cualquier comportamiento.

“Motivamos en terapia anticipando las consecuencias, apetitivas y/o aversivas, de un comportamiento concreto. Esto va más allá del típico “¡venga, que tú puedes!”

5. En tu tesis "La motivación en terapia: Un análisis Funcional" hablas de la relación terapéutica psicólogo-paciente, ¿Nos puedes explicar la importancia de esta alianza y si tiene o no relación con el éxito terapéutico y con el cambio de conducta del paciente?

La relación terapéutica, como cualquier otra relación, es el resultado de la interacción entre los miembros que la componen, de la misma manera que la amistad sería el resultado de la interacción entre dos personas que acaban por llamarse "amigos". El que esta relación sea proterapéutica o no dependerá de muchos factores, pero claramente tiene relación con el éxito terapéutico, o eso indican la mayor parte de investigaciones al respecto. Al fin y al cabo, es esa relación la que configura un contexto en el que se dan las técnicas de intervención, y hará más o menos probable que se sigan las instrucciones dadas por el terapeuta. En todo caso, una de las cosas que defendemos desde hace tiempo desde el grupo ACOVEO es que la distinción entre técnicas e interacción terapéutica es falaz: las técnicas no se dan en el vacío, y la interacción no es algo azaroso. En ambos casos, la conducta del terapeuta y, sobre todo, su adecuación a los objetivos terapéuticos y al análisis funcional del problema, serán clave.

6. Este año impartirás como ponente un seminario en nuestro Máster UCLA YOUNG AUTISM PROGRAM con el tema "¿Por qué cambia la gente en terapia?" ¿tiene relación este cambio con la relación terapeuta-paciente de la que hablábamos antes?

Sin duda. Lo que nosotros defendemos es que la terapia se puede entender como un proceso de, entre otras cosas, moldeamiento verbal (en la vertiente operante) y emparejamiento de términos (en la vertiente pavloviana); estos procesos se van a ver facilitados o dificultados por la relación terapéutica, en el sentido de que será más fácil para un terapeuta que sepa manejar su comportamiento y dirigirlo hacia la creación de una buena relación terapéutica el que se den de forma correcta. El cambio en terapia, como cualquier cambio de comportamiento, tiene lugar cuando se dan las modificaciones estímulares adecuadas: el terapeuta, como proveedor de estímulos que es, debe ser consciente de su papel y adaptar su comportamiento al objetivo terapéutico. De esto es de lo que, en mi opinión, depende en gran medida el éxito de la terapia.