

Terapia a través de la aventura para jóvenes con síndrome de Asperger

NATALIA RUIZ DE CORTÁZAR GRACIA^{1A}, MARINA BAQUERO TOMÁS^{2AB} Y ANTONI SANZ^{3C}

RESUMEN

Terapia a través de la aventura para jóvenes con síndrome de Asperger. *Aventúrate* es el primer programa que utiliza la Terapia a través de la Aventura (TA) con jóvenes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en España. Un total de 15 jóvenes participaron en un programa de 7 días que combina terapia grupal e individual, así como actividades varias al aire libre. El objetivo de este estudio es comprobar la efectividad de esta intervención. Los resultados muestran un tamaño del efecto que oscila entre pequeño y moderado, con mejoras más relevantes en la autoestima, el apego entre iguales y la reparación emocional. **Palabras clave:** *Trastorno del Espectro Autista, Terapia a través de la aventura, aprendizaje experiencial, jóvenes, programa de intervención terapéutica.*

ABSTRACT

Adventure therapy for young people with Asperger syndrome. *Aventúrate* is the first program that uses Adventure Therapy (AT) with young people with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Spain. A total of 15 young people participated in a 7-day program that combines group and individual therapy, as well as various outdoor activities. The objective of this study is to verify the effectiveness of this intervention. Results show an effect size ranging from small to moderate, with more relevant improvements in self-esteem, peer attachment and emotional repair. **Keywords:** *Autism Spectrum Disorder, Adventure therapy, experiential learning, youth, therapeutic intervention program.*

RESUM

Teràpia a través de l'aventura per a joves amb síndrome d'Asperger. *Aventúrate* és el primer programa que utilitza la Teràpia a través de l'Aventura (TA) amb joves amb trastorn de l'espectre autista (TEA) a Espanya. Un total de 15 joves van participar en un programa de set dies que combina teràpia grupal i individual, així com activitats diverses a l'aire lliure. L'objectiu d'aquest estudi és comprovar l'efectivitat d'aquesta intervenció. Els resultats mostren un impacte de l'efecte que oscil·la entre petit i moderat, amb millores més rellevants en l'autoestima, l'aferrament entre iguals i la reparació emocional. **Paraules clau:** *trastorn de l'espectre autista, Teràpia a través de l'Aventura, aprenentatge experiencial, joves, programa d'intervenció terapèutica.*

Introducción

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una afección del neurodesarrollo que se caracteriza por déficits significativos en la interacción social y comunicación, e intereses y conductas restrictivas y repetitivas. Desde el nuevo planteamiento dimensional del TEA, recogido en el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013)

el anterior Síndrome de Asperger o actual TEA de grado 1 se sitúa en la zona superior del espectro, representando la condición menos severa y en la que se preservan mayores habilidades cognitivas y de lenguaje.

Uno de los motivos que justifica la necesidad del presente programa, son las cifras de prevalencia del TEA y la evidencia acumulada de la intervención terapéutica y psicoeducativa, para

¹Psicóloga y terapeuta familiar. Co-fundadora y coordinadora general de *Experientia*. ²Psicóloga General Sanitaria. ³Doctor en psicología. Profesor agregado. Grup d'Investigació en Estrès i Salut. ^A Asociación *Experientia* (España), ^B Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" (España), ^C Universitat Autònoma de Barcelona (España).

Contacto: info@asociacionexperientia.org

Recibido: 31/10/19 - Aceptado: 6/7/20

aumentar el bienestar y la calidad de vida de los jóvenes con TEA, y para evitar o reducir la aparición de comorbilidades (APA, 2013). Diversas investigaciones (Baird et al., 2006; Baxter, Brugha, Erskine, Scheurer, Vos y Scott, 2015; El-sabbagh et al., 2012; Kim et al., 2011; Mattila et al., 2011; Saemundsen, Magnússon, Georgsdóttir, Egilsson y Rafnsson, 2013) indican que el TEA afecta aproximadamente a uno de cada 100 personas.

Además de las formas tradicionales de intervención en TEA, en la última década están emergiendo otros enfoques terapéuticos. Uno de ellos versa sobre los programas basados en la *terapia a través de la aventura* (TA) (Zachor, Vardi, Baron-Eitan, Brodai-Meir, Ginossar y Benltzchak, 2016), que ofrecen la oportunidad de entrenar y mejorar las habilidades intrapersonales y las relaciones interpersonales utilizando actividades de aventura al aire libre, para favorecer la consecución de retos y la resolución de problemas tanto a nivel grupal como individual. Las herramientas necesarias para el desarrollo de estos programas incluyen establecer metas individuales y grupales, generar confianza entre los participantes y proporcionar actividades que supongan un reto pero que, al mismo tiempo, sean atractivas y contengan elementos que favorezcan el disfrute.

Según Martín (2004), es en la adolescencia cuando las personas con TEA comienzan a tener una mayor conciencia de sus dificultades sociales y de sus problemas para comprender y considerar las emociones de los demás, o entender las situaciones desde la perspectiva de otra persona. A partir de esta etapa, las relaciones sociales y el grupo de pares cobran vital importancia, y los jóvenes con TEA de grado 1 experimentan grandes dificultades para desarrollar amistades y relaciones con los demás (Hill y Frith, 2003; Petrina, Carter y Stephenson; Sigman et al., 1999; Travis y Sigman, 1998).

Jones y Meldal (2001) recogen en su estudio relatos de personas con TEA de grado 1 en los que el deseo de encajar e involucrarse en las relaciones sociales resulta de gran importancia para ellos, aunque la mayoría refieren sentimientos de gran soledad. Todo ello hace crucial realizar intervenciones terapéuticas en esta etapa vital.

A pesar de ello, los adultos jóvenes con TEA también logran ampliar su nivel de comprensión sobre distintas situaciones sociales, adquieren una mayor capacidad de reflexión sobre distintos eventos y sobre uno mismo, y aumentan su motivación hacia el aprendizaje y la superación de las propias limitaciones (Freire et al., 2004).

Las intervenciones que han demostrado mayores beneficios para el tratamiento de jóvenes con TEA son aquellas que responden a las necesidades particulares del grupo y de todos sus miembros, y generan frecuentes oportunidades de interacción social (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Téllez de Meneses, 2010). Las intervenciones grupales en habilidades sociales facilitan las oportunidades de apoyo entre iguales, la normalización de las experiencias problemáticas, la reducción del estigma y la solución de problemas compartidos. Estas intervenciones también cuentan más validez ecológica que los enfoques individuales, ya que aumentan las oportunidades de práctica más con los iguales, aumentan las experiencias sociales positivas y reducen la sensación de soledad y aislamiento (Spain y Blainey, 2015).

Gass, Gillis y Russell (2012) definen la TA como “el uso prescriptivo de experiencias de aventura proporcionadas por profesionales de la salud mental, realizadas a menudo en ambientes naturales que involucran kinestésicamente a las personas participantes en los planos cognitivo, afectivo y conductual”. Facilita un proceso de reflexión, que provoca la formación de experiencias y la transferencia de estos aprendizajes a la vida cotidiana (Bowen, Neill y Crisp, 2016; Gillis et al., 2016; Bettmann, Gillis, Speelman, Parry y Case, 2016; Fleischer, Doeblner, Bürkner y Holling, 2017).

La TA se diseña e implementa por profesionales de la salud mental y de la intervención social y su objetivo es disminuir los comportamientos que reducen la calidad de vida y aumentar aquellos que la mejoran, al ofrecer a los individuos oportunidades de autodescubrimiento, crecimiento personal e interacción social significativa (Itin, 2001). Utiliza un enfoque terapéutico ecléctico, aunque predominantemente experiencial, basándose en aspectos de la terapia cognitivo-conductual, de los modelos constructivistas, existencialistas y sistémicos (Davis-

Berman y Berman, 2008; Gass et al., 2012; Rose, 2004).

Mediante esta metodología de intervención, la persona que participa puede aprender a responsabilizarse de sus emociones y elecciones inmediatamente después de una respuesta al estrés provocada por una experiencia que ha ocurrido dentro de un entorno controlado y seguro. Durante este proceso, los terapeutas pueden observar y trabajar con la persona a tiempo real y son testigos directos del proceso y evolución de cada participante. Este hecho resulta muy significativo y beneficioso, además de poco utilizado en intervenciones más tradicionales. Finalmente, los resultados terapéuticos surgen de este proceso en forma de habilidades intra e interpersonales y un mejor bienestar físico. Este tipo de beneficios se consideraron esenciales para el pleno desarrollo de los participantes (Russell y Gillis, 2010).

De esta forma, y siguiendo el esquema de intervención del aprendizaje basado en la experiencia, el proceso de podría describir en cuatro pasos: 1) *Establecimiento de un contexto seguro* físico y emocional; 2) *Invitación o propuesta de experiencia o reto*, que se presenta y diseña desde la pedagogía del éxito, fomentando que la persona pueda vivir una experiencia de aprendizaje significativo y positivo; 3) *Procesamiento de la experiencia*, donde se comparte grupal o individualmente y se guía a la persona para que pueda extraer aprendizajes de dicha experiencia; 4) *Transferencia del aprendizaje a otras áreas de la vida*, extrapolando los recursos que ha puesto en práctica o aprendido a otras situaciones de su vida cotidiana.

A pesar de que la TA es poco conocida en España (Rose, 2012), en el mundo anglosajón (EEUU, Canadá, Australia, Gran Bretaña y Nueva Zelanda) cuenta con más de 50 años de investigación y desarrollo, así como con numerosos programas basados en esta metodología. Desde hace 15 años está tomando cada vez más relevancia en Europa, fundamentalmente en Bélgica, Holanda, Alemania y Países Escandinavos. Diferentes modelos teóricos forman el sustrato conceptual de la terapia a través de la aventura: Teorías del aprendizaje social como la teoría del Modelado de Bandura (Bandura, 1977; Bandura y Walters, 1982), Teoría del locus de control de

Rotter (1954), Autoestima de Bandura (1990), Teoría de la Motivación hacia la eficacia o motivación causativa de White (1959), Teoría de la Autorrealización de Maslow (1954, 1962), Teoría del Self de Rogers (1963) y Teoría general de sistemas (Von Bertalanffy, 1950).

La TA es una metodología que se puede adaptar diversos marcos teóricos. Destaca por su plasticidad y se diseña de forma personalizada, adaptándose a las necesidades de las personas participantes en relación con los objetivos definidos. Por este motivo, pese a que no existen muchos precedentes de intervención con TA en este colectivo, se diseñó a medida este programa de intervención para jóvenes con TEA.

Una revisión sistemática de Bowen y Neill (2013) puso de manifiesto que las terapias basadas en la aventura, pese a su heterogeneidad, tienen globalmente un efecto terapéutico moderado (g de Hedge = 0,47, que se mantiene en los *follow-up*). Asimismo, destacan su potencial para un abordaje transdiagnóstico y su adaptabilidad para distintos formatos (intervención continua vs intermitente, programa ambulatorio vs campo base vs expedición, etc.).

El objetivo del presente artículo es presentar la eficacia de “Aventúrate”, un programa de intervención terapéutica y psicoeducativa basado en la TA y el aprendizaje experiencial, destinado a jóvenes con TEA.

Método

Participantes

La población que participó en esta investigación estaba conformada por 15 adultos jóvenes (14 hombres y una mujer) con edades comprendidas entre 17 y 23 años (media 20,86 - SD 2,03) con un diagnóstico de TEA de grado 1 o síndrome de Asperger y algunos problemas de salud mental coexistentes como Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y fobias específicas. En cuanto a los criterios de inclusión, debían ser jóvenes con TEA funcionales y autónomos y con edades comprendidas entre los 17 y 25 años. Se excluyeron aquellos que presentaran un diagnóstico de discapacidad intelectual o un trastorno psicótico asociado. Estos criterios se establecieron con el objetivo de crear un grupo

lo más homogéneo posible.

La elección de participantes fue realizada por ASPERGA (Asociación Galega de Asperger), organización a la que pertenecían los jóvenes. La participación fue completamente voluntaria. La mayoría de ellos se conocían y habían compartido algunas experiencias en el pasado.

Características del programa

“Aventúrate” fue diseñado a petición de una asociación de familias con miembros con TEA de grado 1 ante la dificultad de encontrar recursos o experiencias durante los periodos vacacionales que atendieran las necesidades específicas de este colectivo. Con el fin de mejorar la autoestima y fomentar las relaciones sociales entre su grupo de adultos jóvenes se configuró el primer programa de TA con jóvenes con TEA en España.

Los jóvenes participaron en el programa de siete días basado en sesiones de terapia grupales e individuales a través de actividades al aire libre: kayak, acampada en la naturaleza, senderismo, ciclismo de montaña y equitación. Atendiendo a los resultados esperados definidos, los objetivos principales del programa fueron: (1) mejorar las capacidades personales de los participantes, (2) proporcionar herramientas para aumentar su calidad de vida y (3) generar un espacio seguro que facilitase la cohesión grupal, fomentando interacciones positivas y mejorando la autoconfianza. Se establecieron objetivos terapéuticos individuales y grupales.

El equipo terapéutico estaba formado por siete profesionales, cinco de la Asociación Experiencia y dos de ASPERGA (la psicóloga y la educadora social), que constituía un equipo interdisciplinar de profesionales de la salud y de la intervención social. La ratio fue de un profesional por cada dos participantes. El rol del equipo de ASPERGA consistió en dar apoyo individual, ya que conocían a los jóvenes, lo que permitió ajustar la intervención a sus necesidades. Además, posteriormente al programa, pudieron realizar seguimiento y trabajar en el proceso de transferencia, reforzando los aprendizajes durante el resto del año en las sesiones individuales. La mayoría de las intervenciones se centraron en proporcionar habilidades de afrontamiento para los problemas de la vida diaria, promoviendo la

autonomía y el autocuidado, identificar su propio potencial y sus competencias personales y favorecer la aparición y/o consolidación de vínculos emocionales.

Las sesiones se estructuraron en dos fases principales (con los cuatro pasos descritos anteriormente), tal y como recoge esta metodología. La primera es la experiencial, en la que se plantea una dinámica o actividad en forma de juego y reto. Las personas son invitadas a participar de diferentes maneras, pudiendo elegir libremente de qué forma quieren implicarse. La segunda parte corresponde al procesamiento: de la vivencia se extraen aprendizajes concretos mediante la introspección individual y gracias a la facilitación por parte del equipo profesional. Esto hace que la vivencia pase a ser una experiencia con aprendizajes que se afianzan al reflexionar y compartir con el grupo. Todo ello permite cuestionar, reconsiderar, evidenciar y finalmente trasladar e integrar los aprendizajes a otras situaciones de su vida.

Diseño e instrumentos

La investigación fue diseñada como un estudio descriptivo cuasiexperimental sin grupo de control (Ver Tabla 1 del anexo). La recolección de datos se realizó a través de la administración previa y posterior a la intervención de los siguientes instrumentos de evaluación estandarizados:

Escala de autoestima de Rosenberg (1965), en la adaptación al castellano de Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004). Es uno de los instrumentos más utilizados en la medición de la autoestima global en jóvenes. Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de los ítems están enunciados de forma positiva, y la otra mitad de forma negativa, con el objetivo de controlar el efecto de la aquiescencia. Todos los ítems son respondidos usando un formato de escala tipo Likert de cuatro puntos. La puntuación total varía entre 10 y 50 puntos, siendo las puntuaciones más altas indicadoras de una mayor autoestima. La consistencia interna de las escalas, según el índice alfa de Cronbach, se encuentra entre .82 y .88 (Vázquez et al., 2004).

Inventario del apego de padres y compañeros (IPPA) (Armsden y Greenberg, 1987), en la

adaptación al castellano de Sánchez-Queija y Oliva (2003). Se trata de una escala autoadministrada de 21 ítems diseñada específicamente para adolescentes (12-19 años), que tiene como objetivo evaluar las relaciones de este con sus iguales. Proporciona tres estilos de apego: seguro, ambivalente y evitativo. Evalúa los siguientes aspectos: confianza, comunicación y alienación. Todos los ítems se responden usando un formato de escala tipo Likert de siete puntos. La fiabilidad de la escala según el índice alfa de Cronbach oscila entre .70 y .90 y presenta una consistencia interna satisfactoria para cada uno de sus ítems (Delgado, Penelo, Fornieles, Brun-Gasca y Ollé, 2016).

Inventario de inteligencia emocional (TMMS-24) (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995), en la adaptación al castellano de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Es una de las escalas más utilizadas para evaluar el metaconocimiento de los estados emocionales; en concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Contiene tres dimensiones clave de la inteligencia emocional con ocho ítems cada una de ellas: atención emocional (ser capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada), claridad de sentimientos (comprender bien los propios estados emocionales) y reparación emocional (ser capaz de regular los estados emocionales correctamente). Todos los ítems son contestados mediante una escala tipo Likert de cinco puntos.

Subescala de gestión del estrés (EQ-i YV) (Bar-On y Parker, 2000), en la validación al castellano de Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012). El EQ-i YV es uno de los instrumentos más conocidos y utilizados para evaluar la Inteligencia Emocional en niños, niñas y adolescentes de siete a 18 años. El instrumento se compone de 60 ítems comprendidos en cuatro escalas. Para el presente estudio se empleó la subescala de *Manejo del estrés*, cuyo objetivo es medir la capacidad para el manejo y la autorregulación de las emociones en situaciones estresantes. Ferrándiz et al. (2012) validaron este instrumento de medida en España, obteniendo índices de fiabilidad (*alpha de Cronbach*) para sus cinco dimensiones que oscilaron entre 0,63 y 0,80.

Resultados

En la tabla 2 del anexo se muestran las medias pre y post de las variables evaluadas, junto con la prueba *t* de Student-Fisher para datos apareados (se verificó el cumplimiento de homogeneidad de variancias) y un análisis de la varianza para medidas repetidas para cada uno de los pares pre-post de las seis escalas o subescalas calculadas, con una estimación del tamaño del efecto (η^2 parcial). También se calculó el índice *d de Cohen* para medidas repetidas del tamaño del efecto.

Se observa una mejora significativa en autoestima post-terapia en relación a los niveles basales, así como una tendencia a la mejora en todo el resto de los indicadores, sin alcanzar la significación estadística dada la exigüidad de la muestra. El tamaño del efecto es pequeño a moderado en autoestima, pequeño en apego entre iguales y regulación emocional, y no relevante en el resto de las dimensiones evaluadas.

En la tabla 3 del anexo se recogen los porcentajes de participantes que mejoraron, empeoraron, o que no mostraron cambio en la comparación pre-post, para cada una de las variables evaluadas.

A continuación, se presentan las observaciones derivadas del análisis descriptivo de los datos.

En todas las variables, la categoría de evolución “mejora” obtiene el porcentaje más alto.

En las variables autoestima, manejo del estrés, claridad emocional y apego para los compañeros, el porcentaje de participantes que muestran mejoría es mayor que la suma de porcentajes de aquellos que muestran empeoramiento o falta de cambio.

El análisis descriptivo de las frecuencias (tabla 3 del anexo) muestra que el 57 % de los indicadores indican mejoría, mientras que el 43 % indica que no hay cambio ni empeoramiento. Por lo tanto, existe una clara tendencia a mejorar en el conjunto de indicadores para el grupo de participantes.

Discusión

Este estudio tuvo por objetivo presentar la eficacia de un programa de intervención destinado a una población clínica específica: jóvenes

con TEA de grado 1. El programa presenta un abordaje holístico que integra y abarca aspectos básicos de la vida cotidiana de los jóvenes con TEA, en un contexto que da la oportunidad de realizar todas las fases del aprendizaje de dichas habilidades, desde el entrenamiento hasta la generalización y transferencia a la vida cotidiana. Se trata de una oportunidad única para dar respuesta a una necesidad que presentan las personas con TEA durante la transición a la vida adulta.

Pese a que algunos de los elementos de la TA (como riesgo percibido, incertidumbre en los resultados, involucración física y corporal) podrían no parecer los más adecuados para una intervención con TEA, la TA es una buena opción para esta población cuando se adaptan algunos de los aspectos anteriormente mencionados. En primer lugar, brinda oportunidades frecuentes para interactuar con sus iguales de forma auténtica y sin compromisos, en un entorno de apoyo y confianza. En segundo lugar, constituye un proceso guiado por un grupo flexible y que se adapta a las necesidades específicas de todos sus miembros. Finalmente, la TA utiliza un enfoque centrado en el aquí-y-ahora, que crea un espacio para que los jóvenes procesen cognitivamente cómo las conductas y las emociones experimentadas tienen un impacto en su vida. Estos tres factores pueden brindar una buena oportunidad terapéutica para que los jóvenes desarrollen sus capacidades sociales y emocionales (Karoff, Tucker, Alvarez y Kovacs, 2017).

Los resultados obtenidos del presente estudio concuerdan con los resultados de recientes metaanálisis (Bowen et al., 2016; Gillis et al., 2016; Bettmann et al., 2016; Fleischer et al., 2017) que indican que los programas de TA son efectivos para facilitar cambios a corto plazo en los dominios psicológico, conductual, emocional e interpersonal. También coinciden con estudios realizados anteriormente en los que se observan resultados positivos en las áreas de habilidades sociales, autoestima y salud física, así como un incremento elevado en la aceptación social después de la aplicación de estos proyectos (Cason y Gillis, 1994; Russell, 2003; Wilson y Lipsey, 2001).

Por último, Itin (1995) y Gass (1993) resaltan

que programas específicos de TA son efectivos a la hora de trabajar aspectos como la autoconfianza, el autocontrol, los sentimientos, los patrones de pensamientos destructivos, la baja autoestima y la espiritualidad. Mejoran la efectividad interpersonal (Weeks, 1985) y aumentan el número de conductas cooperativas (Sachs y Miller, 1992). Dichos resultados encajan de nuevo con la investigación realizada.

Es recomendable, de cara a la replicación del estudio, revisar o evitar el uso de la subescala de gestión emocional del cuestionario EQ-1 YV, ya que no ha resultado efectiva para establecer diferencias entre las administraciones pretratamiento y postratamiento. Asimismo, es conveniente que el tamaño de la muestra sea mayor; esto permitirá obtener resultados más completos y reducir la probabilidad de que se produzcan sesgos estadísticos.

Cabe destacar que, a nivel internacional, ha habido otras experiencias con el colectivo de TEA grado 1 (Síndrome de Asperger) con resultados positivos. Este programa, pionero en España, ha mostrado también resultados positivos a nivel cuantitativo y cualitativo, ya que las personas participantes reportaron satisfacción y mejoras y, además, repitieron la experiencia en posteriores ediciones.

Conclusiones

Los datos han mostrado mejoras significativas en tres de las dimensiones evaluadas; así como una tendencia general a la evolución favorable de los otros tres indicadores analizados para la mayoría de los participantes, si bien en estos los resultados no son concluyentes. El tamaño del efecto de la intervención varía entre pequeño y moderado, destacando la evolución favorable de la autoestima, el apego entre iguales y la reparación emocional. Los resultados deben interpretarse solo como una tendencia, dada la ausencia de un grupo de control y el pequeño tamaño de la muestra.

En definitiva, resulta esencial no solo comprender las dificultades sociales que enfrentan los jóvenes con TEA, sino también diseñar intervenciones que favorezcan los éxitos sociales y personales, para alentar y apoyar la interacción, no la alienación (Schreiber, 2009).

Agradecimientos

Queremos dar un agradecimiento especial al equipo del Proyecto NAT (Terapias de Actividad en la Naturaleza) del Grupo de Investigación en Estrés y Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona por el tratamiento de datos. Igualmente, agradecer la labor de todo el personal y voluntarios/as de la Asociación Galega de Asperger (ASPERGA) y de la Asociación Experientia, que han hecho posible trasladar este programa del papel a la práctica con mucho esfuerzo y dedicación.

Notas

Desde la experiencia piloto en 2017, se han realizado un total de tres ediciones para jóvenes de entre 17 y 25 años y dos ediciones más para adolescentes de entre 13 y 16 años (de cinco días). En la actualidad, está pendiente el tratamiento de los datos de la segunda y tercera edición y de las ediciones de adolescentes, también con TEA y pertenecientes a la misma asociación de familiares (ASPERGA). La Asociación Experientia trabaja para poder adaptar y replicar estos programas en otros territorios de España y validar esta metodología en nuestro país.

Para más información o contacto: Asociación Experientia, info@asociacionexperientia.org, www.asociacionexperientia.org

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - 5®)*, 5o. Ed., Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Armsden, G. C. y Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *J. Youth Adolesc.*, 16(15): 427-457. DOI 10.1007/BF02202939
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., et al. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the special needs and autism project (SNAP). *Lancet*, 368(9531): 210-215. DOI 10.1016/S0140-6736(06)69041-7
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2): 191-215. DOI 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency, *J. Appl. Sport Psychol*, 2(2): 128-163, DOI 10.1080/10413209008406426
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1982). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Bar-On, R. y Parker, J. D. A. (2000). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-I: YV) Technical Manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
- Baxter, A., Brugha, T., Erskine, H., Scheurer, R., Vos, T. y Scott, J. (2015). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol. Med*, 45: 601-613. DOI 10.1017/S003329171400172X
- Bettmann, J., Gillis, H. L., Speelman, E., Parry, K. y Case, J. (2016). A Meta-analysis of Wilderness Therapy Outcomes for Private Pay Clients. *J Child Fam Stud*, 25(9): 2659-2673.
- Bowen, D. J. y Neill, J. T. (2013). A meta-analysis of adventure therapy outcome and moderators. *Open Psychol J.*, 6: 28-53.
- Bowen, D. J., Neill, J. T. y Crisp, S. J. R. (2016). Wilderness adventure therapy effects on the mental health of youth participants. *Eval Program Plann*, 58: 49-59. DOI 10.1016/j.evalprogplan.2016.05.005
- Cason, D. y Gillis, H. L. (1994). A meta-analysis of outdoor adventure programming with adolescents. *J. Exp. Educ.*, 17(1): 40-47. DOI 10.1177/105382599401700109
- Davis-Berman, J. y Berman, D. (2008). *The promise of wilderness therapy*. Boulder, Colorado: AEE.
- Delgado, L., Penelo, E., Fornieles, A., Brun-Gasca, C. y Ollé, M. (2016). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Inventario de Apego a Padres y Pares para Adolescentes (IPPA). *Univ. Psychol.*, 15(1): 327-338. DOI 10.11144/Javeriana.upsy15-lefci
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., et al. (2012). Global Prevalence of Autism and Other Pervasive

- Developmental Disorders. *Autism Res.*, 5(3): 160-179. DOI 10.1002/aur.239
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Ferrándiz, C., Hernández, D., Bermejo, R., Ferrando, M. y Sáinz, M. (2012). Social and emotional intelligence in childhood and adolescence: Spanish validation of a measurement instrument. *Revista Psicodidáctica*, 17: 309-338.
- Fleischer, C., Doebler, P., Bürkner, P. C. y Holling, H. (2017). Adventure therapy effects on self-concept – A meta-analysis. *The Society for the Improvement of Psychological Science*, 1-53.
- Freire, S., Llorente, M., González, A., Martos, J., Martínez, C. Jorge, Ayuda, R. y Pascual y Artigas, J. (2004). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Madrid: Asociación Asperger España. Recuperado de: <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6956/dos-sierasperger.pdf>
- Gass, M. A. (1993). *Adventure therapy*. Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company.
- Gass, M. A., Gillis, H. L. y Russell, K. (2012). *Adventure Therapy: Theory, Research, and Practice*. New York, NY: Routledge.
- Gillis, H. L., Speelman, E., Linville, N., Bailey, E., Kalle, A., Oglesbee, N., et al. (2016). Meta-analysis of Treatment Outcomes Measured by the Y-OQ and Y-OQ-SR Comparing Wilderness and Non-wilderness Treatment Programs. *Child Youth Care Forum*, 45(6).
- Hill, E. L. y Frith, U. (2003). Understanding autism: Insights from mind and brain. *Philos. Trans. R. Soc. A.*, 358(1430): 281-289. DOI 10.1098/rstb.2002.1209
- Itin C. (1995). Adventure therapy and the addictive process. *Journal of Leisureability*, 22. <http://www.lin.ca/resource/html/Vol22/v22n2a5.htm>
- Itin, C. M. (2001). *Adventure therapy – critical questions*. *J. Exp. Educ.*, 24: 80-84. DOI 10.1177/105382590102400204
- Jones, R. S. P. y Meldal, T. O. (2001). Social Relationships and Asperger's Syndrome. A Qualitative Analysis of First-Hand Accounts. *J Intellect Disabil.*, 5(1): 35- 41. DOI 10.1177/146900470100500104
- Karoff, M., Tucker, A. R., Alvarez, T. y Kovacs, P. (2017). Infusing a Peer-to-Peer Support Program With Adventure Therapy for Adolescent Students With Autism Spectrum Disorder. *J. Exp. Educ.*, 40(4): 394-408. DOI 10.1177/1053825917727551
- Kim, Y. S, Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombone, E., Laska, E., Lim, E. C., et al. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry*, 168: 904-912. DOI 10.1176/appi.ajp.2011.10101532
- Martín, P. (2004). *El Síndrome de Asperger: ¿excentricidad o discapacidad social?*. Madrid: Alianza Editorial.
- Maslow, A. H. (1954). The instinctoid nature of basic needs. *J. Pers.*, 22: 326-347. DOI 10.1111/j.1467-6494.1954.tb01136.x
- Maslow, A. H. (1962). Lessons from the Peak-Experiences. *J. Humanist. Psychol*, 2(1): 9-18. DOI 10.1177/002216786200200102
- Mattila, M. L., Kielinen, M., Linna, S. L., Jussila, K., Ebeling, H., Bloigu, R., et al. (2011). Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50: 583-592. DOI 10.1016/j.jaac.2011.04.001.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L. y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol*, 50(3), S77-84.
- Petrina, N., Carter, M. y Stephenson, J. (2014). The nature of friendship in children with autism spectrum disorders: A systematic review. *Res Autism Spectr Disord*, 8: 111- 126. DOI 10.1016/j.rasd.2013.10.016
- Rogers, C. R. (1973). My Philosophy of Interpersonal Relationships and How It Grew. *J. Humanist. Psychol.*, 13(2): 3-15. DOI 10.1177/002216787301300202
- Rose, A. (2012). *Introducing Adventure Therapy in Spain: Lights and Shadows*. Comunicación oral llevada a cabo en el 6th International Adventure Therapy Conference, República Checa.
- Rose, A. (2014). *Monte perdido: un programa psicoterapéutico existencialista para jóvenes adultos supervivientes de cáncer basado en la terapia a través de la aventura* (trabajo de fin de máster). Valencia (España): Universidad católica de Valencia “San Vicente Mártir”.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc. DOI 10.1037/10788-000
- Russell, K. (2003). An assessment of outcomes in outdoor behavioral healthcare treatment. *Child Youth Care Forum*, 32(6): 355-381. DOI 10.1023/B:CCAR.0000004507.12946.7e
- Russell, K. y Gillis, H. L. (2010). Experiential Therapy in the Mental Health Treatment of Adolescents. *JTSP*, 4(1): 47-79.
- Saemundsen, E., Magnússon, O., Georgsdóttir, I., Egilsson, E. y Rafnsson, V. (2013). Prevalence of autism spectrum disorders in an Icelandic birth cohort. *BMJ Open*, 3: 1-6. DOI 10.1136/bmjopen-2013-002748
- Sachs, J. J. y Miller, S. R. (1992). The impact of a wilderness experience on the social interactions and social expectations of behaviorally disordered adolescents. *Behav. Disord.*, 17(2): 89-98. DOI 10.1177/019874299201700207
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure & Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.
- Sánchez-Queija, I. y Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18(1): 71-86. DOI 10.1174/02134740360521796
- Schreiber, C. (2009). *Effects of a therapeutic outdoor adventure on the social competency of gifted adolescents with Asperger's Syndrome or high functioning autism* (tesis doctoral). Estados Unidos: University of Georgia.
- Sigman, M., Ruskin, E., Arbeile, S., Corona, R., Dissanayake, C., Espinosa, M., et al. (1999). Continuity and change in the social competence of children with autism, Down syndrome, and developmental delays. *Monogr Soc Res Child Dev.*, 64(1): 1-114. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10412222>
- Spain, D. y Blainey, S. H. (2015). Group social skills interventions for adults with high-functioning autism spectrum disorders: A systematic review. *Autism*, 19(7): 874-886.
- Travis, L. L. y Sigman, M. (1998). Social deficits and interpersonal relationships in autism. *Dev. Disabil. Res. Rev.*, 4(2): 65-72.
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol.*, 22(2): 247-255.
- Von Bertalanffy, L. (1950). An outline of general system theory. *Br J Philos Sci.*, 1(2): 134-165. DOI 10.1093/bjps/l.2.134
- Weeks, S. Z. (1985). *The effects of Sierra II, an adventure probation program, upon selected behavioral variables of adolescent juvenile delinquents* (tesis doctoral). Estados Unidos: University of Virginia.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66(5), 297-333. <https://doi.org/10.1037/h0040934>
- Wilson, D. B. y Lipsey, M. W. (2001). The role of method in treatment effectiveness research: Evidence from meta-analysis. *Psychol Methods*, 6(4): 413-429. DOI 10.1037/1082-989X.6.4.413
- Zachor, D. A., Vardi, S., Baron-Eitan, S., Brodai-Meir, I., Ginossar, N. y Ben-Itzhak, E. (2016). The effectiveness of an outdoor adventure programme for young children with autism spectrum disorder: a controlled study. *Dev Med Child Neurol*, 59: 550-556. DOI 10.1111/dmcn.13337

Anexos

Tabla 1. Resultados de la exploración psicométrica (análisis factorial, análisis de consistencia interna) para los cuatro instrumentos empleados

Instrumento	Escala					
	Factores	Nombre	Ítems	Administración	% variabilidad (análisis factorial)	Fiabilidad (α de Cronbach)
Escala de autoestima de Rosenberg (EAR)	1	Autoestima	9	Pre	46 %	.87
				Post	46 %	.83
Subescala de gestión del estrés (EQ-i YV)	1	Gestión del estrés	8	Pre	57 %	.89
				Post	45 %	.80
Escala de inteligencia emocional (TMMS-24)	3	Atención emocional	7	Pre	43 %*	.84
				Post	54 %*	.86
		Claridad emocional	8	Pre	56 %*	.91
				Post	57 %*	.98
		Reparación emocional	8	Pre	54 %*	.90
				Post	44 %*	.87
Escala de apego entre iguales (IPPA)	1	Apego entre iguales	14	Pre	61 %	.95
				Post	70 %	.96

Tabla 2. Tamaño del efecto y significación estadística de la intervención realizada. Los resultados de las 6 dimensiones evaluadas se basan en la comparación entre el pretratamiento y el postratamiento.

Instrumento	Escala / Subescala	Media (sd)		Tamaño del efecto		Significación estadística (p)
		Pre	Post	η^2	d de Cohen	
AER	Autoestima	29.52 (6.04)	31.51 (5.76)	26.4 %	0.33	.05
EQ-i YV	Manejo del estrés	30.57 (5.36)	31.01 (4.26)	2.1 %	0.09	.61
TMMS-24	Atención emocional	24.57 (6.46)	25.37 (7.09)	2.1 %	0.10	.54
	Claridad emocional	24.43 (7.82)	25.57 (7.67)	11.4 %	0.15	.22
	Reparación emocional	25.57 (7.34)	27.00 (7.13)	16.2 %	0.20	.16
IPPA	Apego entre iguales	71.57	75.00	17.8 %	0.20	.11

Tabla 3. Porcentajes de participantes que muestran mejora, empeoramiento o ausencia de cambio pre-post intervención para cada uno de los 6 indicadores evaluados

Instrumento	Escala / Subescala	% de participantes		
		Empeora	No cambia	Mejora
AER	Autoestima	14%	22%	64%
EQ-i YV	Manejo del estrés	36%	7%	57%
TMMS-24	Atención emocional	29%	21%	50%
	Claridad emocional	24%	14%	57%
	Reparación emocional	36%	14%	50%
IPPA	Apego entre iguales	14%	22%	64%
Promedio global		26%	17%	57%