

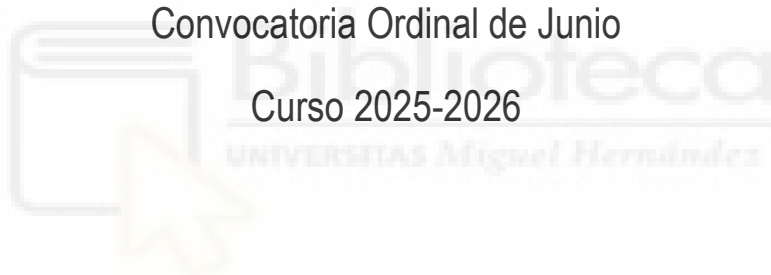


“Propuesta de intervención en el triángulo deportivo para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en chicas adolescentes deportistas”

Máster Universitario en Intervención Social y Comunitaria

Convocatoria Ordinal de Junio

Curso 2025-2026



Nombre de la autora o del autor: Josué López Pozo

Nombre de la tutora o tutor: Eva M.^a León Zarceño y Yolanda Quiles Marcos

Tipo de TFM: Trabajo operativo con propuesta de intervención

Código de la Oficina de Investigación Responsable: DCC.ELZ.251124

Fecha de depósito: 09/06/2026

ÍNDICE

CAPÍTULO I. Justificación de la propuesta	3
1.1. <i>Fundamentación psicosocial, marco teórico y diagnóstico de necesidades</i>	<i>3</i>
1.2. <i>Marco Normativo, Políticas Sociales y Objetivos de Desarrollo Sostenible</i>	<i>12</i>
1.3. <i>Pertinencia de la propuesta de intervención.....</i>	<i>14</i>
 CAPÍTULO II. Propuesta de intervención.....	15
2.1. <i>Datos básicos de la propuesta</i>	<i>15</i>
2.2. <i>Hipótesis y objetivos</i>	<i>15</i>
2.3. <i>Contexto y lugar de realización</i>	<i>18</i>
2.4. <i>Personas destinatarias.....</i>	<i>19</i>
2.5. <i>Tamaño de la muestra</i>	<i>19</i>
2.6. <i>Aleatorización</i>	<i>20</i>
2.7. <i>Desarrollo de la propuesta de intervención</i>	<i>21</i>
2.8. <i>Diseño para la evaluación de la propuesta de intervención.....</i>	<i>27</i>
2.9. <i>Análisis y tratamiento de la información</i>	<i>32</i>
2.10. <i>Resultados esperados</i>	<i>34</i>
 CAPÍTULO III. Reflexiones finales	36
3.1. <i>Características principales y valor diferencial frente a otras alternativas.....</i>	<i>36</i>
3.2. <i>Limitaciones de la propuesta y plan de manejo de contingencias</i>	<i>38</i>
3.3. <i>Conclusión final</i>	<i>39</i>
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en chicas adolescentes que practican deportes de modalidad estética constituyen una problemática psicosocial compleja marcada por exigencias cruzadas entre los ideales de belleza normativos y las demandas físicas de rendimiento deportivo. Las intervenciones tradicionales suelen adoptar enfoques individuales; por el contrario, este trabajo presenta el protocolo de una propuesta multicomponente de intervención social y comunitaria aplicada al deporte base.

La propuesta se fundamenta en diferentes modelos y teorías psicosociales que permiten articular una intervención integrada a nivel individual, familiar y comunitario. Su principal valor diferencial radica en actuar de forma simultánea sobre el "triángulo deportivo", interviniendo tanto con las deportistas como con el contexto familiar y comunitario. La propuesta se organiza en módulos específicos, orientados a promover una relación saludable con la alimentación, el cuerpo y la práctica deportiva.

Para evaluar la efectividad y la viabilidad de la propuesta a corto y largo plazo, se plantea un ensayo controlado aleatorizado (ECA) longitudinal con grupo control, con medidas repetidas (pretest–posttest) y cuatro momentos de evaluación: T0 (línea base), T1 (postintervención), T2 (seguimiento 6 meses) y T3 (seguimiento 12 meses). La muestra estará compuesta por chicas adolescentes entre 12 y 16 años con licencia federativa activa, acompañadas de sus respectivas entrenadoras y familiares directos, pertenecientes a clubes de deportes estéticos de competición (como gimnasia rítmica, patinaje o natación artística) de la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia. Los datos cuantitativos recopilados mediante instrumentos psicométricos validados se combinarán con registros cualitativos de diarios de campo y grupos focales procesados en MAXQDA. En conclusión, esta propuesta está alineada con los marcos normativos vigentes que busca no sólo la excelencia técnica, sino también construir entornos deportivos seguros que fomenten el desarrollo humano integral y la salud mental de las deportistas.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, Deporte base, Prevención comunitaria, Adolescentes, Triángulo deportivo, Empoderamiento.

ABSTRACT

Eating disorders (EDs) among adolescent girls practicing aesthetic sports disciplines constitute a complex psychosocial issue, characteristically driven by intersecting demands between normative beauty ideals and physical performance pressures. Traditional interventions typically adopt individualistic approaches; conversely, this paper presents the protocol for a multicomponent social and community intervention applied to grassroots sports.

The proposal is grounded in diverse psychosocial models and theories that allow for the orchestration of an integrated intervention at the individual, family, and community levels. Its primary distinguishing value lies in simultaneously addressing the "sports triangle" by intervening with the athletes as well as within their family and community contexts. The proposal is structured into specific modules designed to promote a healthy relationship with nutrition, body image, and athletic practice.

To evaluate the short- and long-term effectiveness and feasibility of the proposal, a longitudinal randomized controlled trial (RCT) with a control group and repeated measures (pretest–posttest) is proposed across four assessment waves: T0 (baseline), T1 (post-intervention), T2 (6-month follow-up), and T3 (12-month follow-up). The sample will comprise adolescent girls aged 12 to 16 with active federation licenses, accompanied by their respective coaches and immediate family members, from competitive aesthetic sports clubs (such as rhythmic gymnastics, figure skating, or artistic swimming) in the Valencian Community and the Region of Murcia. Quantitative data collected through validated psychometric instruments will be combined with qualitative records from field diaries and focus groups processed in MAXQDA. In conclusion, this proposal aligns with current regulatory frameworks, seeking not only technical excellence but also the construction of safe sporting environments that foster holistic human development and the mental health of female athletes.

Keywords: Eating disorders, Grassroots sports, Community prevention, Adolescents, Sports triangle, Empowerment

CAPÍTULO I. Justificación de la propuesta

1.1. Fundamentación psicosocial, marco teórico y diagnóstico de necesidades

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) engloban un conjunto de alteraciones psicopatológicas caracterizadas por creencias negativas sobre la alimentación, la forma del propio cuerpo y el peso corporal junto con conductas tendentes a compensarlas, como pueden ser la restricción alimentaria o los atracones, el ejercicio físico excesivo, los vómitos provocados y el uso de laxantes acompañadas de miedo intenso a ganar peso y distorsión de la imagen corporal (Bould et al., 2017; Fernández-Aranda et al., 2020). El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) describe diversos trastornos de la conducta alimentaria, entre ellos la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TA), así como la pica, la rumiación y el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Además, el manual incluye la categoría de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) para aquellos cuadros que no cumplen completamente los criterios diagnósticos de los trastornos mencionados. Abordar los TCA desde una dimensión ecológica y comunitaria exige entender la etiología de la conducta alimentaria desadaptativa como un fenómeno de naturaleza compleja, multidimensional y multifactorial, donde confluyen e interactúan determinantes biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales (Calvo, 2002; Fairburn, 1995; Garfinkel & Garner, 1985; Raich, 1999; Toro & Vilardell, 1987). Es por ello que, si se pretende realizar un abordaje preventivo de estos trastornos desde la perspectiva de la intervención social y comunitaria, es necesario trascender la noción de los TCA como un mero "déficit o trastorno personal", superando el tradicional enfoque de "necesidades" que en muchas ocasiones asume posturas más paternalistas y asimétricas hacia las poblaciones vulnerables (Rappaport, 1981; Sánchez-Vidal, 2017). Los trastornos alimentarios no emergen en un vacío biológico o psicológico aislado, sino que constituyen el síntoma de la vulnerabilidad estructural y psicosocial arraigada en las estructuras macro, exo y microsistémicas de nuestra sociedad (Bronfenbrenner, 1987; Levine & Piran, 2003; Zimmerman, 2000).

Desde esta perspectiva, la internalización del ideal de belleza, la insatisfacción corporal y los patrones de perfeccionismo rígido o desadaptativo no constituyen rasgos de personalidad descontextualizados, sino construcciones psicosociales moldeadas por las presiones

estéticas dominantes, el consumo mediático y las dinámicas relacionales dadas en los entornos de socialización primaria y secundaria (Culbert et al., 2015; Levine & Piran, 2003; Stice, 2002). Al desplazar el foco desde el "individuo enfermo" hacia el "entorno vulnerabilizador", la psicología social y comunitaria pretende cambiar las dinámicas de etiquetamiento y denunciar las asimetrías de poder, la violencia estética institucionalizada y el debilitamiento de las redes de soporte social como factores de riesgo (Blinde et al., 1993; Rappaport, 1981; Sánchez-Vidal, 2017). El síntoma clínico se convierte, de este modo, en una valiosa señal de alarma psicosocial colectiva que evidencia la urgente necesidad de intervenir sobre el tejido social de la propia comunidad (Zimmerman, 2000).

En las últimas dos décadas, la incidencia y prevalencia de los TCA ha aumentado de forma notable, hasta el punto de convertirse en la tercera enfermedad crónica más frecuente en adolescentes y jóvenes, con una incidencia aproximada del 5% (Puertas, 2020). Se ha llegado a definir como una "epidemia silenciosa" (Durán et al., 2006; Fernández-Aranda et al., 2020; Wu et al., 2020). En España, la prevalencia oscila entre un 4,1% y un 6,4% (González-Gómez et al., 2017), con un aumento significativo tras la pandemia de COVID-19 (Fernández-Aranda, 2020; Fundación ANAR, 2021). Además, una revisión sistemática y metaanálisis reciente, que incluyó 32 estudios y un total de 63.181 participantes de entre 6 y 18 años, estimó que el 22,36 % de los menores presentaban conductas de alimentación de riesgo, con cifras especialmente elevadas en chicas (30,03 %) y un incremento progresivo con la edad (López-Gil et al., 2023). Estos datos evidencian una tendencia creciente que subraya la necesidad de focalizar la atención en los grupos más vulnerables, que son víctimas de una crisis social estructural de cuidados, de quiebra relacional y de salud mental colectiva. La adolescencia, en particular, representa un momento crítico de vulnerabilidad (OMS, 2020), debido a la influencia de medios y redes sociales que perpetúan modelos corporales inalcanzables y refuerzan la delgadez extrema como ideal de belleza (Behar, 2010).

Uno de los ámbitos en los que existe un mayor riesgo de desarrollar un TCA y es necesario realizar prevención es el deportivo, dado que en este contexto los TCA no solo comprometen la salud física y psicológica, sino que también pueden afectar el rendimiento y la trayectoria profesional de los/as deportistas (Márquez, 2006; Rome, 2003). De acuerdo con el modelo sociocultural para explicar el desarrollo de los TCA en deportistas de Petrie y Greenleaf (2007, 2012), los deportistas se enfrentan simultáneamente a presiones estéticas de la sociedad en

general y a presiones específicas de su disciplina, lo que favorece la internalización de ideales corporales poco realistas y, en consecuencia, la insatisfacción con la propia imagen. La literatura cualitativa describe esta situación de exigencias cruzadas como "vivir la paradoja" (Krane et al., 2004). En este sentido, las mujeres deportistas se encuentran atrapadas entre dos culturas opuestas: por un lado, la cultura deportiva, histórica y tradicionalmente masculinizada, que ensalza la fuerza, el desarrollo muscular y el rendimiento físico; y, por otro lado, la cultura social hegemónica que penaliza la robustez en las mujeres y celebra una feminidad vinculada a la fragilidad, la delicadeza y la delgadez extrema (Blinde et al., 1993; Krane et al., 2004).

Esta encrucijada identitaria puede generar tensiones profundas y fracturas en la autoimagen de las adolescentes durante una etapa vital crítica. Tal y como muestran investigaciones cualitativas basadas en grupos focales y entrevistas fenomenológicas, las deportistas de competición a menudo experimentan sentimientos de alienación o marginación fuera del gimnasio, auto-percibiéndose como "el otro" frente a las mujeres consideradas "normales" debido al desarrollo y volumen de sus cuerpos atléticos y musculados (Krane et al., 2004; Vani et al., 2021). No obstante, al cruzar la puerta del microsistema del club deportivo, la presión se invierte.

Entre los factores específicos que influyen en el desarrollo y mantenimiento de los TCA en los deportes estéticos (como gimnasia rítmica, patinaje artístico, natación artística, etc.) se encuentran los comentarios sobre el peso realizados por entrenadoras y compañeras, la obligatoriedad de utilizar indumentaria ajustada, el perfeccionismo, la vivencia de lesiones y la presión derivada de la competición (Harris & Greco, 1990; Sicka et al., 2022; Toro et al., 2005). La literatura coincide en señalar que los deportes estéticos y aquellos con alta exposición corporal presentan una prevalencia especialmente elevada de conductas alimentarias de riesgo (Borowiec et al., 2023; Byrne & McLean, 2001). En España, se estima que el 5,1% de los deportistas de élite presentan riesgo de desarrollar un TCA, con mayor prevalencia en disciplinas estéticas y de resistencia (Teixidor-Batlle et al., 2021). Distintos estudios reportan que entre un 18 % y un 31 % de los/as deportistas evaluados/as, pertenecientes a modalidades estéticas, deportes de resistencia y deportes de equipo, muestran niveles clínicamente relevantes de síntomas de alimentación disfuncional, con tasas más altas en mujeres y en disciplinas donde el cuerpo constituye un criterio explícito de

valoración, llegando a duplicar o incluso triplicar la prevalencia de conductas de riesgo en comparación con deportes no orientados a la delgadez (Borowiec et al., 2023; Mancine et al., 2020). Estos hallazgos coinciden con el estudio clásico de Byrne y McLean (2001), quienes ya identificaron que aproximadamente un 23 % de las deportistas implicadas en actividades con fuertes exigencias estéticas presentaban patrones de alimentación de riesgo. En conjunto, la evidencia disponible muestra que la vulnerabilidad en este tipo de disciplinas es notablemente superior a la observada en otros deportes, subrayando la necesidad de intervenciones preventivas específicas para este perfil de deportistas que trabaje en la creación de una red comunitaria y familiar capacitada que actúe como factor protector.

Desde el enfoque de la Teoría Bioecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (1987), un club deportivo funciona como un microsistema de socialización relevante en la vida de la adolescente, configurando un escenario donde los procesos y las pautas de interacción cotidiana pueden modelar su ajuste psicosocial y su bienestar emocional (Bronfenbrenner, 1987; Krebs, 2009; Lapuente Álvarez, 2017). Desafortunadamente, la evidencia científica revela que con frecuencia este entorno lejos de actuar como un factor protector puede reproducir, normalizar y amplificar las violencias estéticas y los mandatos corporales del macrosistema social (Francisco et al., 2012; Voelker et al., 2022). Prácticas en la cultura de los deportes estéticos como el "*body shaming*" (avergonzar o humillar públicamente a la deportista en razón de su silueta), los comentarios insensibles o coercitivos de los entrenadores ante las fluctuaciones de peso asociadas a la pubertad, y la perpetuación de la creencia de que "la delgadez equivale a un mejor rendimiento" alteran el clima motivacional del club (Hardie et al., 2022; Thibodeau et al., 2025; Vani et al., 2021). Surge entonces la necesidad de una propuesta desde el paradigma de la intervención social y comunitaria (Rappaport, 1981). Si el club deportivo posee la capacidad de aumentar el riesgo a través de su cultura, también tiene el potencial comunitario de transformarse en un entorno protector de promoción de la salud colectiva y del desarrollo humano positivo (Lapuente Álvarez, 2017; Zimmerman, 2000). Desde este punto de vista, el problema fundamental no radica en la práctica del deporte en sí misma, la cual posee relevantes recursos instrumentales de empoderamiento físico y personal (Blinde & Taub, 1993; Lim & Dixon, 2018), sino en las estructuras de comunicación crítica y autoritaria, los climas de rendimiento excesivo y la ausencia de redes de apoyo cooperativas (Budhrajá et al., 2025; Schneider et al., 2023).

Siguiendo con esta perspectiva ecológica, el club deportivo no es el único entorno determinante. El microsistema familiar se presenta como otro contexto social con capacidad para influir o proteger a la adolescente deportista. La literatura científica plantea que la familia puede actuar como un elemento de vulnerabilidad o, por el contrario, como elemento protector. Por un lado, puede actuar como factor de riesgo para el desarrollo de los TCA cuando en el hogar se normalizan las críticas directas hacia el peso, las burlas sobre el cuerpo o el modelado de conductas de dieta restrictiva por parte de los progenitores (Ata et al., 2007; Eisenberg et al., 2012; Lydecker et al., 2021). En el ámbito del deporte de competición, este riesgo puede amplificarse si la familia asume las dinámicas de presión del club, obsesionándose con el éxito deportivo y rendimiento físico de la menor (Martinsen et al., 2014). Por el contrario, cuando el núcleo familiar adopta estilos de comunicación asertiva y un soporte emocional no supeditado a los resultados deportivos, la familia actúa como factor protector (Eisenberg et al., 2012; Neumark-Sztainer et al., 2002).

En cuanto a los programas de prevención de los TCA desarrollados para deportistas, la reciente revisión sistemática de Sandgren et al. (2020) puso de manifiesto que los ensayos controlados aleatorizados realizaron evaluaciones dirigidas a deportistas adolescentes y jóvenes de distintas modalidades, tanto de deportes estéticos como de deportes no estéticos y de equipo, en contextos escolares, universitarios y de clubes deportivos. Estas intervenciones se basaron mayoritariamente en enfoques psicoeducativos y multicomponentes, sustentados en distintos marcos teóricos de psicología social de la salud, aunque no todos los estudios especificaron explícitamente su fundamento teórico. En conjunto, los programas lograron reducciones significativas en la psicopatología alimentaria, la insatisfacción corporal, la internalización de los ideales de belleza, entre otras variables, con efectos que se mantuvieron hasta un año tras la intervención. Los programas más exitosos se caracterizaron por un mayor número de sesiones, mayor duración, con sesiones interactivas, donde se promueve la participación activa de las deportistas, sus familiares y entrenadoras, y con un enfoque multicomponente que incluía variables psicológicas, además de nutrición y trastornos alimentarios. Entre los programas multicomponentes desarrollados específicamente para deportistas destaca el programa ATHENA (Athletes Targeting Healthy Exercise & Nutrition Alternatives) (Elliot et al., 2004, 2006, 2008), diseñado para deportistas

femeninas adolescentes de educación secundaria e implementado en equipos deportivos escolares. El programa ATHENA se caracteriza por un enfoque de reducción de riesgos y promoción de la salud, integrando contenidos sobre autoestima, presión sociocultural, pensamiento crítico frente a los medios, nutrición deportiva saludable y prevención de conductas alimentarias de riesgo y uso de sustancias. El programa ha sido evaluado mediante ensayos controlados aleatorizados a nivel de centro educativo, mostrando reducciones significativas a corto plazo en el uso de pastillas adelgazantes, conductas alimentarias desadaptativas y uso de sustancias para modificar la composición corporal, así como mejoras en variables mediadoras como la autoeficacia, la resistencia a la presión mediática y los hábitos alimentarios (Elliot et al., 2004; Elliot et al., 2006). Además, los seguimientos realizados entre uno y tres años tras la finalización del programa evidenciaron efectos preventivos mantenidos, incluyendo no solo mayor conocimiento y adecuación nutricional (por ejemplo, ingesta de calcio), sino también, menor consumo de alcohol, marihuana y tabaco, y una percepción de figuras corporales más saludables, lo que respalda su eficacia a medio y largo plazo (Elliot et al., 2008).

Asimismo, cabe señalar la adaptación al contexto deportivo del Body Project (Gorrell et al., 2024; Sundgot-Borgen et al., 2024), un programa de prevención basado en la teoría de la disonancia cognitiva, originalmente desarrollado para población adolescente y universitaria, y posteriormente aplicado en deportistas femeninas. Esta intervención aborda la internalización del ideal de delgadez mediante actividades críticas, debates y tareas conductuales dirigidas a cuestionar los ideales de apariencia. Las adaptaciones al ámbito deportivo han mostrado reducciones significativas en la internalización del ideal corporal, la insatisfacción corporal y otros factores de riesgo relacionados con los TCA, si bien su aplicación en contextos deportivos sigue siendo menos frecuente y más limitada en número de estudios en comparación con el programa ATHENA (Elliot et al., 2004, 2006, 2008).

Por otro lado, mientras que la mayoría de estas iniciativas se han centrado principalmente en las deportistas, apenas se han llevado a cabo programas dirigidos de forma específica a entrenadores/as. Una excepción reciente en la literatura internacional es el programa "I Care" (Selenius et al., 2022), una intervención diseñada para dotar a los/as entrenadores/as de conocimientos y herramientas ante los factores de riesgo de los TCA. A pesar de reportar ciertas mejoras conceptuales en las actitudes de los técnicos, este protocolo presenta

limitaciones metodológicas, tales como la ausencia de un grupo control, la dependencia exclusiva de autoinformes para medir el cambio y la falta de un seguimiento longitudinal a largo plazo.

En el contexto deportivo español, la implantación y evaluación de programas preventivos de TCA adaptados a las dinámicas de los clubes sigue siendo una tarea pendiente (Díaz-Ceballos et al., 2005, 2019). A diferencia de los modelos previamente descritos, la literatura científica nacional apenas cuenta con protocolos validados mediante ensayos controlados aleatorizados que impliquen de forma conjunta al triángulo deportivo en disciplinas estéticas (López-Guimerà et al., 2011). La mayor parte de las acciones desarrolladas en España se han limitado a intervenciones psicoeducativas puntuales o a talleres informativos aislados dirigidos exclusivamente a las deportistas (Teixidor-Batlle et al., 2021). Este vacío metodológico e institucional contrasta con las exigencias de los marcos normativos vigentes en el país, evidenciando la urgente necesidad de diseñar herramientas protocolizadas y basadas en la evidencia que respondan a la realidad psicosocial de nuestro entorno deportivo base.

En el contexto deportivo adolescente, cualquier intervención preventiva eficaz debe contemplar un abordaje ecológico integral que actúe simultáneamente sobre los tres vértices que constituyen el “Triángulo Deportivo” (deportistas, entrenadoras y familias), puesto que los tres agentes ejercen influencia sobre el desarrollo de la menor (Blom et al., 2013; Lisinskienė & Sukys, 2014; Martinsen et al., 2014). La literatura destaca, por un lado, la importancia de formar a las entrenadoras en la identificación temprana de señales de riesgo, la promoción de hábitos saludables y el uso de estilos de comunicación respetuosos y no centrados en el peso (De Bruin, 2017; Díaz-Ceballos, 2005; Díaz-Ceballos et al., 2019), ya que los comentarios, prácticas de entrenamiento o expectativas transmitidas por el personal técnico pueden contribuir a incrementar la presión corporal y el riesgo de TCA. La evidencia es igualmente sólida respecto al papel de las familias: la crítica relacionada con el peso, la falta de apoyo emocional o los mensajes ambiguos sobre la apariencia incrementan la vulnerabilidad adolescente, mientras que la retroalimentación positiva y el acompañamiento adecuado actúan como potentes factores protectores (Ata et al., 2007; Eisenberg et al., 2003, 2012; Lydecker et al., 2021; Neumark-Sztainer et al., 2002). En deportistas, esta influencia puede ser aún mayor, dada la interacción entre demandas deportivas, presión estética y dinámicas familiares (Edler et al., 2007). Es por ello que, involucrar a la familia en los programas de

prevención para jóvenes deportistas es un enfoque prometedor para reducir los factores de riesgo de los trastornos alimentarios. La literatura indica que las intervenciones estructuradas para las madres y padres, especialmente las que llevan a cabo varias sesiones, pueden mejorar las estrategias de comunicación de los familiares, reducir la presión relacionada con la apariencia y mejorar la detección temprana de comportamientos alimentarios problemáticos, lo que a su vez tiene un impacto positivo en las adolescentes (Corning et al., 2007; Hart et al., 2014; Nicholls & Yi, 2012). Sin embargo, hasta la fecha, solo un programa ha incluido específicamente una sesión para madres en el contexto de la prevención centrada en las deportistas (Buchholz et al., 2008), en el cual participaron 31 gimnastas adolescentes que competían, madres y entrenadoras, donde las madres solo recibieron una sesión y no se observaron cambios significativos en las variables evaluadas para éstas. Este resultado podría interpretarse considerando la evidencia procedente de la prevención de los TCA en población general, que subraya que la implicación familiar requiere intervenciones suficientemente estructuradas, continuadas y profundas para generar cambios sostenidos en actitudes, creencias y prácticas cotidianas (Levine & Piran, 2004; Ata et al., 2007; Levine, 2023). Desde esta perspectiva, la limitada duración y alcance de la intervención familiar podrían haber reducido su potencial preventivo.

En conjunto, la evidencia científica muestra de forma consistente que centrar la prevención exclusivamente en las deportistas es insuficiente, ya que la eficacia real de los programas preventivos exige integrar activamente a entrenadoras y familiares. La literatura subraya que tanto el entorno deportivo como el familiar ejercen una influencia determinante sobre las actitudes, creencias y conductas relacionadas con la alimentación, el peso corporal y el rendimiento, por lo que solo una intervención coordinada sobre todos los vértices del triángulo deportivo permite una prevención verdaderamente eficaz (Martinsen et al., 2014; Nattiv et al., 2007; Rodgers et al., 2024; Whisenhunt et al., 2008). Por tanto, intervenir de forma comunitaria en un club implica colaborar con el triángulo deportivo para deconstruir la cultura de la delgadez, sustituyéndola por una cultura del cuidado relacional, la provisión de apoyo social y el empoderamiento colectivo (Sánchez-Vidal, 2017; Zimmerman, 2000). Al capacitar y dotar a la comunidad deportiva de herramientas y canales de comunicación asertivos, los clubes deportivos pueden dejar de operar como espacios pasivos, creando redes comunitarias

activas, éticamente comprometidas que protejan la salud de las menores frente a las presiones del entorno (Lapuente Álvarez, 2017; Rappaport, 1981; Zimmerman, 2000).

A pesar de la sólida evidencia teórica que respalda la necesidad de este abordaje ecológico, la revisión de la literatura constata que la mayoría de las intervenciones internacionales desarrolladas hasta la fecha presentan carencias metodológicas; principalmente, una escasa y poco continuada implicación de las familias, una falta de herramientas interactivas y participativas y la ausencia de evaluaciones longitudinales con grupo control en entornos deportivos reales (Buchholz et al., 2008; Sandgren et al., 2020; Selenius et al., 2022). Si a estas limitaciones se le suma la ausencia de protocolos preventivos validados y adaptados específicamente a la realidad de los clubes de competición en el contexto español (Díaz-Ceballos et al., 2005, 2019), se hace evidente la urgencia de formular una alternativa que responda estas demandas.

Por todo ello, surge el Programa HADAS (Hábitos, Alimentación, Deporte, Adolescentes y Salud), una respuesta pionera, adaptada y metodológicamente robusta para la comunidad deportiva nacional. A diferencia de las alternativas tradicionales, las características de esta propuesta se definen por su carácter multicomponente, interactivo y comunitario. El programa no se limita a la transmisión pasiva de información, sino que utiliza metodologías activas y cuadernos de trabajo paralelos para entrenar la alfabetización mediática en las menores, transformar los estilos de liderazgo de las entrenadoras hacia modelos democráticos y capacitar a las familias en estrategias de comunicación no crítica y parentalidad positiva. Mediante esta estructura articulada, el Programa HADAS ofrece un protocolo de intervención social y comunitaria que pretende mejorar la salud mental colectiva de los clubs deportivos.

El programa HADAS se sustenta sobre un marco teórico interdisciplinar integrado por cuatro pilares conceptuales:

1. **El Modelo Sociocultural en el Deporte de Petrie y Greenleaf (2007, 2012):** que identifica el riesgo como el resultado de un sistema de opresión dual donde confluyen e interactúan las presiones estéticas del macrosistema social con las demandas normativas específicas del club deportivo (indumentaria, juicios basados en la linealidad y comentarios sobre el peso), mediadas por la internalización del ideal corporal y el perfeccionismo.

2. **La Teoría Bioecológica de Bronfenbrenner (1987):** que conceptualiza a la deportista como un nodo inmerso en redes interconectadas (microsistema familiar y deportivo, mesosistema relacional, exosistema institucional y macrosistema cultural), orientando el programa hacia la transformación de los procesos relacionales del entorno inmediato de la menor para convertirlos en factores de protección y bienestar.
3. **La Teoría del Empoderamiento de Rappaport (1981):** que articula el eje ideológico de la intervención al cambiar de un "modelo paternalista de necesidades", que puede victimizar y generar dependencia de profesionales externos, hacia un "modelo de derechos" centrado en el fortalecimiento de la propia comunidad para neutralizar de forma autónoma la violencia estética de su entorno.
4. **El Constructo Multinivel de Zimmerman (1995, 2000):** que operativiza el cambio social a través de tres escalas interdependientes: el *empoderamiento psicológico* de las adolescentes mediante el juicio crítico y la alfabetización mediática; el *empoderamiento organizacional* de los clubes y cuerpos técnicos sustituyendo el control autoritario por un liderazgo democrático; y el *empoderamiento comunitario* del sistema familiar como red de apoyo social.

A través de la integración de estos modelos, el Programa HADAS propone transformar la cultura del club para consolidar un entorno deportivo seguro y protector (Sánchez-Vidal, 2017). Al capacitar y conectar operativamente a los agentes del triángulo deportivo, la intervención pretende cambiar las dinámicas del club y del contexto familiar, haciendo que éste deje de operar como una fuente de presión o como un escenario donde se normalizan los factores de riesgo de los TCA, para convertirse en entornos protectores para las menores y un espacio de resistencia comunitaria frente a la violencia estética (Blinde et al., 1993; Zimmerman, 2000).

1.2. Marco Normativo, Políticas Sociales y Objetivos de Desarrollo Sostenible

El diseño y la implementación de cualquier proyecto de intervención comunitaria no pueden concebirse como acciones aisladas, sino que deben estructurarse de manera sinérgica dentro de las políticas públicas y el marco normativo vigente. Coherente con la Teoría del Empoderamiento descrita en el marco teórico de esta propuesta, el Programa HADAS asume

el "paradigma de derechos" propuesto por Rappaport (1981). Bajo esta premisa, la intervención no se presenta como una mera "ayuda" asistencial a las jóvenes, sino como una herramienta que busca garantizar el cumplimiento de los derechos fundamentales de las menores a la salud integral, el libre desarrollo de la personalidad y la protección frente a la violencia estética e institucional.

A nivel jurídico y social en el Estado español, esta propuesta de intervención encuentra un sólido respaldo y se alinea estratégicamente con los principios rectores de tres grandes ejes normativos contemporáneos:

1. **Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI):** Esta normativa supone un cambio de paradigma al establecer la obligación ineludible de generar "entornos seguros y protectores" en todos los espacios de socialización de los menores, incluyendo explícitamente el ámbito deportivo y de ocio. La LOPVI exige a los clubes deportivos el desarrollo de protocolos de prevención frente a cualquier tipo de violencia. Desde la perspectiva del Programa HADAS, la presión estética extrema, las prácticas de control de peso abusivas y el fomento de la insatisfacción corporal en los clubes de deportes estéticos constituyen formas de violencia psicológica e institucional. HADAS pretende operar acorde a esta ley, dotando a los clubes de las herramientas necesarias para luchar contra estas violencias encubiertas y proteger la salud mental de las deportistas.
2. **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026):** Tras el impacto de la pandemia, esta estrategia enfatiza de forma prioritaria la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en la población infanto-juvenil, reclamando un abordaje intersectorial que trascienda los hospitales. El Programa HADAS responde a esta directriz al descentralizar la prevención clínica y llevar la promoción del bienestar emocional directamente al tejido comunitario (el club deportivo), actuando sobre los determinantes sociales de la salud mental antes de que se instaure la enfermedad.
3. **Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte:** Este marco legal promueve la consecución de un deporte verdaderamente igualitario, libre de estereotipos de género y garante de la integridad física y moral de quienes lo practican. El programa HADAS

pretende seguir los objetivos de esta ley al deconstruir los mandatos estéticos que penalizan a las mujeres en el deporte, promoviendo una cultura sociodeportiva inclusiva y basada en la salud.

A escala internacional, la pertinencia del Programa HADAS se justifica por su contribución a los requerimientos de la **Agenda 2030 de Naciones Unidas**, fundamentalmente en los siguientes Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

- **ODS 3. Salud y Bienestar (Meta 3.4 y 3.5):** La intervención pretende reducir el riesgo de patologías crónicas no transmisibles (como son los TCA). Al empoderar a la red comunitaria, el programa fomenta hábitos sociodeportivos y relacionales saludables que sostienen el bienestar emocional a largo plazo.
- **ODS 5. Igualdad de Género (Meta 5.1 y 5.5):** El programa tiene un fuerte componente de empoderamiento femenino. Por un lado, pretende desafiar y deconstruir los estereotipos de género vinculados a la fragilidad, el ideal de delgadez y la cosificación del cuerpo de la mujer en la esfera del deporte. Por otro lado, promueve el liderazgo activo, democrático y formativo de las mujeres que ejercen como entrenadoras, consolidando su rol como agentes de cambio institucional.

1.3. Pertinencia de la propuesta de intervención

La contextualización sociodemográfica, la fundamentación teórica y el marco normativo expuesto, justifican la implementación del Programa HADAS como una propuesta de intervención psicosocial y comunitaria no solo pertinente, sino éticamente necesaria y metodológicamente innovadora.

Frente a la epidemia silenciosa de los trastornos alimentarios en disciplinas de modalidad estética, las respuestas institucionales clásicas han demostrado ser insuficientes por su carácter reactivo (actuar cuando el trastorno ya ha aparecido) e individualista (responsabilizar a la joven de su recuperación). La pertinencia central del Programa HADAS reside en su capacidad para cambiar este paradigma asistencialista: no se limita a tratar a las deportistas como sujetos pasivos o vulnerables, sino que pretende activar un proceso de empoderamiento comunitario a través de la movilización del triángulo deportivo (Deportistas, Entrenadoras y Familias).

El valor diferencial de esta intervención radica en su carácter transformador. Los/as profesionales de la intervención comunitaria no buscan crear dependencia hacia sus figuras, sino actuar como catalizadores y facilitadores del cambio social. Al dotar de conocimientos rigurosos sobre los TCA, al entrenar habilidades de alfabetización mediática frente a las redes sociales y al trabajar estilos de comunicación asertiva y crianza, el Programa HADAS pretende empoderar a las adolescentes, así como hacer de las entrenadoras y a los familiares agentes comunitarios de salud.

En definitiva, la pertinencia de la intervención radica en su sostenibilidad ecológica. El programa busca que, una vez finalizada la presencia de los equipos técnicos externos, las lógicas de cuidado, el liderazgo democrático y las redes de apoyo familiar permanezcan arraigadas en la cultura institucional del club. De esta forma, la propia red comunitaria adquiere la competencia para proteger su salud mental, sostener entornos deportivos saludables y cuidar de forma autónoma del bienestar de sus integrantes.

CAPÍTULO II. Propuesta de intervención

2.1. Datos básicos de la propuesta

El Programa HADAS (Hábitos, Alimentación, Deporte, Adolescentes y Salud) es una iniciativa pionera de intervención psicoeducativa y preventiva de TCA dirigida a chicas adolescentes deportistas de disciplinas estéticas de competición, sus familias (padres, madres o tutores legales) y sus entrenadoras. El objetivo de este trabajo es describir el protocolo del ensayo controlado aleatorizado (ECA) diseñado para evaluar la eficacia de esta propuesta multidimensional que busca reducir factores de riesgo como la insatisfacción corporal y la ansiedad competitiva, optimizar el liderazgo técnico de las entrenadoras, fortalecer las pautas de comunicación y gestión emocional en las familias, y tejer redes comunitarias de apoyo social.

2.2. Hipótesis y objetivos

Hipótesis

1. Las deportistas del grupo experimental (GE) mostrarán puntuaciones significativamente menores en el riesgo y la sintomatología de trastornos de la

conducta alimentaria, evaluadas mediante el EAT-26, en comparación con las deportistas del grupo control (GC) tras la implementación del Programa HADAS.

2. Las deportistas del GE presentarán mayores niveles de bienestar psicológico y mayor satisfacción con la vida que las deportistas del GC en los momentos post-intervención y seguimientos.
3. Las deportistas del GE presentarán menores niveles de ansiedad competitiva y menores puntuaciones en perfeccionismo desadaptativo.
4. Las deportistas del GE mostrarán menor insatisfacción corporal, menor preocupación por la apariencia en redes sociales, y mayores niveles de pensamiento crítico ante los mensajes mediáticos relacionados con la imagen corporal que las del GC tras la intervención.
5. Las deportistas del GE obtendrán puntuaciones significativamente mayores en conocimientos sobre alimentación (CAPA) respecto a las participantes del GC después de la intervención.
6. Las deportistas del GE percibirán menos conductas controladoras por parte de sus entrenadoras tras la intervención en comparación con las deportistas del GC.
7. Las entrenadoras del GE informarán de un menor uso de conductas controladoras respecto a las participantes del GC después de la intervención.
8. Las entrenadoras del GE mostrarán mayores niveles de conocimiento sobre TCA y sus señales de alerta en comparación con las entrenadoras del GC tras la intervención.
9. Las entrenadoras del GE presentarán niveles significativamente más altos de liderazgo democrático y apoyo social, junto con una reducción de los comportamientos controladores, en comparación con las entrenadoras del GC.
10. Las entrenadoras del GE presentarán mayores niveles de bienestar psicológico tras la intervención en comparación con las entrenadoras del GC.

11. Los familiares del GE mostrarán mayores niveles de conocimiento sobre los TCA, sus señales de alerta y factores de riesgo, y manifestarán estilos de comunicación y gestión emocional más adaptativos en comparación con los familiares del GC.
12. Las mejoras observadas en las entrenadoras del GE en variables como el liderazgo democrático, el apoyo social y la reducción de comportamientos controladores, así como los cambios en los familiares del GE en términos de mayor conocimiento sobre los TCA, estilos de comunicación más adaptativos y una gestión emocional más adecuada, se asociarán con una disminución de los indicadores de riesgo de TCA en las deportistas pertenecientes a esos entornos familiares y deportivos.
13. Los efectos del Programa HADAS se mantendrán de forma estable en el triángulo deportivo (deportistas, entrenadoras y familias) tanto a corto plazo (T2: 6 meses) como a largo plazo (T3: 12 meses).

Objetivo general:

El objetivo general del Programa HADAS es diseñar, implementar y evaluar la efectividad de una intervención psicosocial preventiva multicomponente dirigida al triángulo deportivo completo (chicas adolescentes deportistas, sus entrenadoras y familias), orientada a la reducción del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y a la mejora de variables psicosociales, conductuales y contextuales relacionadas con la salud colectiva, así como a analizar su impacto formativo y preventivo en entrenadoras y familias.

De manera específica, el proyecto persigue los siguientes **objetivos específicos**:

- **Analizar los efectos del Programa sobre el riesgo de TCA** en las deportistas, así como sobre variables psicológicas vinculadas al riesgo, como la insatisfacción corporal, la presión hacia el ideal de belleza, el perfeccionismo y ansiedad competitiva, y los hábitos alimentarios de riesgo.
- **Evaluar la sostenibilidad ecológica de la intervención**, estudiando si los efectos del Programa HADAS se mantendrán de forma estable en el triángulo deportivo tanto a corto plazo (T2: 6 meses) como a largo plazo (T3: 12 meses).
- **Examinar el impacto formativo y el empoderamiento organizacional en las entrenadoras**, analizando cambios en el conocimiento sobre TCA y su prevención, la

detección de señales de alerta, las creencias sobre peso, estética y rendimiento, y los estilos de liderazgo y comunicación con las deportistas.

- **Analizar el efecto del fortalecimiento de la red familiar**, evaluando cambios en el conocimiento sobre TCA, los estilos de comunicación familiar, la gestión emocional y los mensajes relacionados con el peso y la apariencia.
- **Estudiar la relación entre los cambios observados a nivel comunitario** en deportistas, entrenadoras y familias, identificando posibles mecanismos explicativos del impacto del programa en el riesgo de TCA.

2.3. Contexto y lugar de realización

Determinar el espacio físico e institucional donde se lleva a cabo un programa de prevención es un factor crítico que puede condicionar su validez y efectividad. De acuerdo con la Teoría Bioecológica de Bronfenbrenner (1987), el Programa HADAS no sigue la metodología de los programas que extraen a las personas de su entorno habitual para intervenir en contextos artificiales o de laboratorio. Por ello, la presente intervención se desarrollará en el propio entorno deportivo de las adolescentes, utilizando como laboratorios sociales las propias instalaciones de los clubes deportivos. Geográficamente, el proyecto delimita su alcance comunitario al tejido asociativo deportivo de la **Comunidad Valenciana** y la **Región de Murcia**.

Actuar directamente en el *escenario natural* de los clubes deportivos responde a tres aspectos estratégicos de la intervención comunitaria:

1. **Reducción de barreras de acceso:** Al integrar las sesiones socioeducativas dentro de los horarios y espacios habituales de entrenamiento, se minimizan las dificultades de transporte y la incompatibilidad horaria para las deportistas y sus familias, pretendiendo garantizar así una alta adherencia.
2. **Optimización de los procesos proximales:** Intervenir en el espacio donde cotidianamente se producen las interacciones técnicas y afectivas pretende que los aprendizajes se asimilen de forma efectiva en el microsistema de la adolescente, facilitando que las dinámicas de apoyo social se ensayen en un contexto real de práctica.

3. **Fortalecimiento del capital social existente:** El club deportivo no es solo una infraestructura física, sino una red de apoyo natural y una comunidad activa que ya posee vínculos de confianza preestablecidos. Al utilizar esta estructura ya existente, el programa busca fomentar la creación de redes de protección interna de manera mucho más fluida.

2.4. Personas destinatarias

Las personas beneficiarias serán deportistas adolescentes de competición entre 12 y 16 años, chicas, reclutadas a través de clubes deportivos de deportes estéticos de la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia. Los criterios de inclusión para las deportistas son: (1) sexo femenino, (2) edad comprendida entre 12 y 16 años, (3) licencia federativa activa en deportes estéticos, (4) consentimiento informado firmado por progenitores/tutores legales junto con el asentimiento de la participante y (5) participación obligatoria de su entrenadora principal y de al menos un familiar. Los criterios de exclusión son: (1) diagnóstico previo de TCA u otra condición física o mental que impida la participación, (2) participación simultánea en otros programas de intervención psicológica durante el período de estudio e (3) imposibilidad de asistir de forma regular a las sesiones del programa.

Junto a las deportistas, participarán sus entrenadoras principales y, en el ámbito familiar, al menos uno de sus familiares directos (madre, padre o tutor/a legal), de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos. Esta participación conjunta es esencial, ya que el programa interviene sobre el triángulo deportivo completo.

2.5. Tamaño de la muestra

Se invitará a participar a todas las deportistas que cumplan los criterios de inclusión y que pertenezcan a alguno de los clubs de deportes estéticos de la Comunidad Valenciana y Región de Murcia. Se extenderá también la invitación a las entrenadoras de las deportistas. En lo referente a los familiares que participarán en el proyecto, se permitirá un máximo de dos familiares directos (madre, padre o tutor/a legal) por deportista.

El cálculo del tamaño muestral se ha realizado mediante el programa G*Power 3.1.9.7, utilizando los tamaños del efecto reportados en programas de prevención de TCA (Stice & Shaw, 2004), con valores comprendidos entre $r = .11$ y $r = .38$ al finalizar la intervención, y

entre $r = .05$ y $r = .29$ en el seguimiento, considerando además una tasa de abandono del 30% (Wilksch & Wade, 2009). Con un error tipo I de 0,05 y una potencia estadística del 95%, se estima necesario contar con 64 participantes por grupo. Sumando el 30% previsto de pérdidas, la muestra final se calcula en 184 deportistas: 92 en el grupo experimental y 92 en el grupo control.

2.6. Aleatorización

Una vez los clubes confirmen su interés y disponibilidad para participar, se llevará a cabo la asignación aleatoria del club al grupo experimental o al grupo control, utilizando una secuencia aleatoria balanceada generada con el entorno de software R 4.5.1. (R Core Team). Este procedimiento permite minimizar la variabilidad interna y evitar posibles sesgos, asegurando que todos los miembros de un mismo club reciban la misma condición experimental.

En los clubes asignados al GE, la intervención se aplicará a todas las deportistas que cumplan los criterios de inclusión y otorguen su consentimiento informado, así como a todas sus entrenadoras y familiares. El GC no recibirá la intervención durante el período de estudio, aunque se le ofrecerá implementarla una vez finalizado el ensayo.

Este procedimiento sigue la práctica recomendada en programas de prevención de TCA, que aconseja asignar unidades completas (escuelas o clubes) a cada condición experimental, evitando así la contaminación entre participantes (López-Guimerà et al., 2011). La secuencia de asignación será gestionada por un investigador independiente, ajeno tanto a la evaluación como a la aplicación del programa, y se administrará de forma consecutiva a los clubes seleccionados.

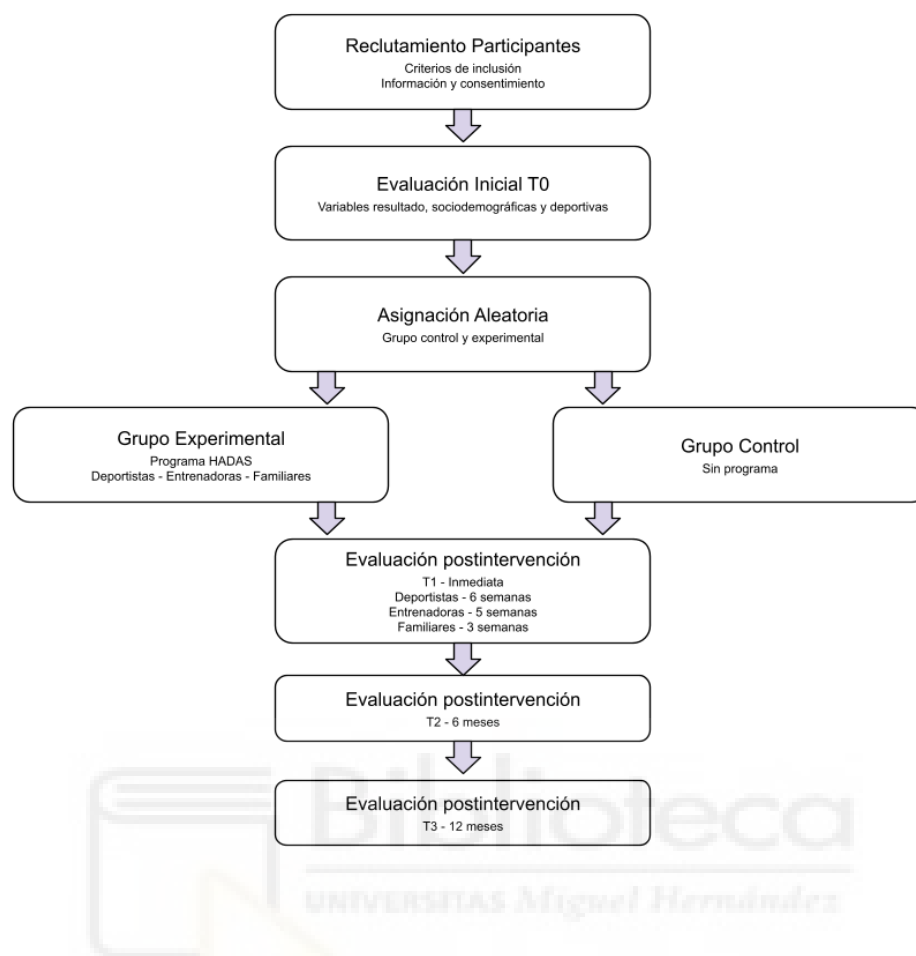


Figura 1. Diagrama de flujo del diseño del estudio

2.7. Desarrollo de la propuesta de intervención

El Programa HADAS se estructura en tres programas de intervención diferenciados, diseñados para responder a las características y necesidades específicas de las deportistas adolescentes, de sus familiares y de sus entrenadoras.

La intervención dirigida a las deportistas incluye cinco sesiones grupales de carácter psicoeducativo e interactivo, con una duración aproximada de 90 minutos cada una. Estas sesiones se desarrollarán en las instalaciones de sus propios clubes, de manera presencial y estarán impartidas por psicólogos/as especialistas en intervención comunitaria con experiencia en el ámbito de los TCA y el deporte. Los contenidos de las sesiones se detallan en la Tabla 1.

Por su parte, la intervención destinada a las entrenadoras consta de cuatro sesiones formativas en las que se busca el desarrollo profesional a través de la participación y reflexión, en formato grupal y presencial, con una duración aproximada de 90 minutos por sesión. Su objetivo es dotar a las entrenadoras de herramientas para la prevención y detección de los TCA, la promoción de hábitos de vida saludables y la mejora del estilo de comunicación y liderazgo dentro del entorno deportivo.

En cuanto a la intervención destinada a familias, consta de dos sesiones formativas de carácter participativo y reflexivo, en formato grupal y presencial, con una duración aproximada de 90 minutos por sesión. El objetivo de dichas sesiones es dotar a los familiares de las deportistas de herramientas para la prevención y detección de los TCA, la promoción de hábitos de vida saludables y la mejora del estilo de comunicación dentro del entorno familiar.

En todas las intervenciones, tanto con deportistas, como con entrenadoras y familias, se utilizará un cuaderno de trabajo complementario específicamente diseñado para cada grupo. Estos cuadernillos se entregarán al inicio de la primera sesión de cada programa y están estructurados de forma paralela al contenido del programa, de modo que cada sesión presencial cuenta con su correspondiente bloque de actividades en el cuaderno. Este material permite reforzar en casa los aprendizajes abordados durante las sesiones mediante ejercicios prácticos, tareas de autorreflexión y dinámicas breves orientadas a consolidar los contenidos, favoreciendo así la interiorización progresiva de las competencias trabajadas y garantizando la continuidad del proceso más allá del espacio grupal.

Tabla 1: Contenidos del Programa HADAS

Sesión Deportistas	Contenidos
1	Introducción a la salud, diferenciación entre actividad física, ejercicio y deporte, hábitos saludables, dieta equilibrada y reflexión sobre el concepto de “cuerpo sano”.
2	Análisis crítico de redes sociales y su influencia en el ideal de belleza, identificación de mensajes no realistas e indagación sobre el origen y la construcción del ideal de belleza.

- 3 Reconocimiento y análisis de pensamientos irracionales sobre la imagen corporal, entrenamiento en técnicas cognitivas para cuestionarlos y reemplazarlos, fortalecimiento de la autoestima y realización de actividades prácticas para valorar cualidades personales y ajenas.
- 4 Comprensión de la ansiedad y sus causas, identificación de presiones y expectativas, y entrenamiento en técnicas de regulación emocional.
- 5 Identificación de estilos de comunicación, autoevaluación del propio estilo y entrenamiento en estrategias de comunicación asertiva.

Sesión Entrenadoras	Contenidos
---------------------	------------

- 1 Presentación del programa, exploración del origen multicausal de los TCA y reflexión mediante la metáfora del iceberg.
- 2 Reconocimiento de características y particularidades de los TCA en el deporte, detección de señales de alerta, identificación de factores de riesgo y pautas de prevención.
- 3 Análisis de expectativas hacia las deportistas, desmitificación de creencias distorsionadas sobre el ejercicio y formulación de objetivos SMART orientados a la tarea.
- 4 Identificación de estilos de liderazgo y comunicación, práctica de estrategias de escucha activa y mejora de la transmisión de instrucciones.

Sesión Familias	Contenidos
-----------------	------------

- 1 Presentación del programa, introducción a los TCA, su detección, causas y la importancia del rol familiar en su prevención.
- 2 Características y particularidades de los TCA en el deporte, identificación y promoción de estilos parentales positivos y gestión familiar, entendida como el manejo adecuado de situaciones relacionadas con la alimentación, la autoimagen y la presión deportiva mediante pautas de apoyo, comunicación no crítica y regulación emocional.

Cronograma Temporal y Fases de Implementación

Para garantizar el éxito y la sostenibilidad de la propuesta, la ejecución del proyecto se planifica de forma escalonada, abarcando desde el diseño de materiales hasta la medición de su impacto a largo plazo. Las tareas se estructuran en las siguientes cuatro fases operativas (ver detalle temporal en la Figura 2. Cronograma):

- **Fase I: Preparación, diseño y viabilidad (Prueba Piloto):** Antes de la intervención a gran escala, se procederá a la elaboración definitiva de los protocolos, los cuadernillos de trabajo y el diseño de las sesiones. Se llevará a cabo una *prueba piloto* en un entorno reducido para testar la comprensión de los materiales y la adecuación de los tiempos, permitiendo realizar los ajustes necesarios al programa.
- **Fase II: Acceso comunitario y Línea Base:** Esta fase contempla el reclutamiento mediante el contacto directo con las directivas de los clubes deportivos, la firma de consentimientos informados comunitarios y la posterior aleatorización (Grupo Experimental / Control). Culmina con la realización de la *Evaluación Inicial o Basal (T0)* a todos los agentes implicados.
- **Fase III: Implementación de la Intervención:** Realización de las sesiones correspondientes a los tres módulos (Deportistas, Entrenadoras, Familias) en los clubes del Grupo Experimental. Al finalizar las sesiones de cada colectivo, se procederá a la *Evaluación post-intervención inmediata (T1)*.
- **Fase IV: Seguimiento Comunitario:** Para evaluar la sostenibilidad de los efectos del programa, se realizarán dos evaluaciones longitudinales: un *seguimiento a medio plazo (T2)* a los 6 meses, y un *seguimiento a largo plazo (T3)* a los 12 meses. Concluida esta fase, por equidad y ética comunitaria, se ofrecerá la intervención al Grupo Control.

	1º Año				2º Año				3º Año				4º Año			
	Trimestre				Trimestre				Trimestre				Trimestre			
Tarea programada	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Tarea 1: Actualización y análisis de la literatura																
Tarea 2: Elaboración de protocolos y sesiones																
Tarea 3: Reclutamiento (contacto con clubes)																
Tarea 4: Prueba piloto y ajuste inicial del programa																
Tarea 5: Elaboración definitiva del Programa HADAS																
Tarea 6: Evaluación inicial (T0)																
Tarea 7: Asignación grupo experimental / control																
Tarea 8: Implantación del programa de prevención.																
Tarea 9: Evaluación post-intervención inmediata (T1)																
Tarea 10: Evaluación seguimiento 6 meses (T2)																
Tarea 11: Evaluación seguimiento 12 meses (T3)																
Tarea 12: Introducción y depuración de datos																
Tarea 13: Análisis estadístico																
Tarea 14: Interpretación y redacción de resultados																
Tarea 15: Discusión y elaboración de conclusiones																
Tarea 16: Difusión de resultados																

Figura 2. Cronograma

Recursos y Presupuesto Económico Estimado

Los recursos requeridos para llevar a cabo el Programa HADAS se desglosan de la siguiente manera:

- **Recursos Humanos:** El equipo motor requiere la participación de perfiles cualificados. Se contemplan: 2 Psicólogos/as especialistas en intervención comunitaria y trastornos de la conducta alimentaria encargados de la implementación de los talleres; 1 profesional evaluador/a (operando bajo condición de "ciego" respecto a la asignación de los grupos); y un/a especialista en análisis y tratamiento de datos.
- **Recursos Materiales y Espaciales:** A nivel de infraestructuras, la intervención posee un coste cero, ya que se cuenta con las infraestructuras del centro al que pertenece el investigador, así como las instalaciones del club deportivo. Los recursos materiales se limitan a la impresión de las baterías de evaluación y los cuadernillos de trabajo, material fungible para las dinámicas interactivas, proyector y altavoces, y licencias de software estadístico (SPSS).
- **Presupuesto Estimado (Ejemplo orientativo):**
 - *Honorarios del personal técnico y evaluador: 15.957,62 €*

Se precisa la contratación de un/a Titulado/a superior I (graduado/a en Psicología con formación de Máster), a 14 horas semanales durante 14 meses.

Fecha inicio:	Por determinar	Fecha Fin:	Por determinar
Contratación de 1 Técnico/a Superior I a 14 horas durante 14 meses			
Retribución bruta mensual:	862,53		
Cuota Seg.Social según tablas:	277,30		
COSTE MENSUAL DEL CONTRATO:	1.139,83		
	Ref. 28 días	Ref. 30 días	Ref. 31 días
Salario por día	30,80	28,75	27,82
S.S. por día	9,24	9,24	9,24
	40,05	37,99	37,07
	Importe/día	Nº días	Total
Cálculo de días (Ref. 28 días)	40,05	0	0,00
Cálculo de días (Ref. 30 días)	37,99	0	0,00
Cálculo de días (Ref. 31 días)	37,07	0	0,00
Meses completos	1.139,83	14	15.957,62
(*)campos para introducir las variables			
COSTE TOTAL DEL CONTRATO PARA EL PERIODO:			15.957,62

- *Dietas y desplazamientos a las sedes de los clubes (Comunidad Valenciana y Murcia): 2.000 €*
- *Producción de materiales, cuadernillos impresos y fungibles: 1.500 €*
- *Licencias de software y acciones de difusión de resultados: 1000€*
- **Presupuesto Total Aproximado: 19.957,62 €**

2.8. Diseño para la evaluación de la propuesta de intervención

El Programa HADAS abarca evaluación cuantitativa y cualitativa. La dimensión cuantitativa se sustenta en una batería de instrumentos psicométricos validados, lo que garantiza la objetividad, la fiabilidad y la validez de los datos obtenidos. Por su parte, la dimensión cualitativa, la cual se evalúa mediante diarios de campo y grupos focales, permite rescatar las narrativas de la comunidad, evaluando el proceso de empoderamiento desde las voces de sus propios protagonistas.

Para medir no solo el impacto inmediato de la intervención, sino la sostenibilidad comunitaria del cambio (es decir, si la red de apoyo natural funciona de manera autónoma sin la tutela externa), el diseño establece cuatro hitos temporales de medición:

- **T0 (Evaluación Pre-intervención):** Establece el diagnóstico comunitario inicial antes de iniciar los talleres.
- **T1 (Post-intervención inmediata):** Realizada al concluir los módulos (aprox. a las 6 semanas para deportistas, 5 semanas para entrenadoras y 3 semanas para familias), mide el impacto directo.
- **T2 (Seguimiento a 6 meses) y T3 (Seguimiento a 12 meses):** Evaluaciones longitudinales para confirmar si la cultura del cuidado, el liderazgo democrático y la reducción del riesgo psicosocial se mantiene en la comunidad del club deportivo.

Variables e Instrumentos

Con el fin de ofrecer una visión clara de las variables que se pretenden evaluar en el Programa HADAS, así como los instrumentos seleccionados para su medición, se presenta la siguiente tabla resumen:

Tabla 2. *Variables e Instrumentos*

Variable	Instrumento	Referencia
Deportistas		
1. Datos sociodemográficos y deportivos	Cuestionario <i>ad hoc</i> diseñado para recoger edad, categoría, años de práctica, horas semanales de entrenamiento y nivel competitivo.	
2. Bienestar psicológico en adolescentes	Versión Reducida de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff Para Niños y Adolescentes (PWB-SF-Y)	Ryff (1989), Spanish Validation: Stavradi et al. (2022)
3. Satisfacción con la vida	Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)	Diener et al. (1985), Spanish Validation: Atienza et al. (2003)

4. Conductas controladoras del entrenador	Controlling Coach Behaviors Scale (CCBS) – Versión deportista	Bartholomew et al. (2010), Spanish Validation: Castillo et al. (2014)
5. Conocimientos generales de alimentación en adolescentes	Cuestionario de Conocimientos en Alimentación en Adolescentes (CAPA)	Ladrón-Arana et al. (2021)
6. Perfeccionismo en el deporte	Inventario Multidimensional de Perfeccionismo en el Deporte (MIPS)	Stoeber et al. (2006), Spanish Validation: Ramírez-Muñoz et al. (2023)
7. Insatisfacción con la imagen corporal	Body Shape Questionnaire (BSQ-34)	Cooper et al. (1987), Spanish Validation: Raich et al. (1996)
8. Ansiedad competitiva	Inventario de Ansiedad Competitiva en Deportistas (CSAI-2R)	Martens et al. (1990), Spanish Validation: Andrade et al. (2007)
9. Actitudes hacia la alimentación	Eating Attitudes Test (EAT-26)	Garner & Garfinkel (1982), Spanish Validation: Rivas et al. (2010)
10. Conciencia de la apariencia en redes sociales	Escala de Conciencia en Redes Sociales Relacionada con la Apariencia (ASMC)	Rojo et al. (2023)
11. Pensamiento crítico sobre los medios de comunicación	Escala de Pensamiento Crítico sobre los Mensajes de los Medios (CTMM)	Rojo et al. (2023)
12. Satisfacción con el Programa HADAS	Cuestionario <i>ad hoc</i> de satisfacción diseñado para evaluar la utilidad y beneficios del programa, la satisfacción con los formadores y recoger de forma cualitativa aspectos positivos, mejoras y propuestas.	

Entrenadoras

1. Datos sociodemográficos y deportivos	Cuestionario <i>ad hoc</i> diseñado para recoger edad, categoría, historial de años de práctica, horas semanales de entrenamiento y nivel competitivo.	
2. Conocimientos en TCA	Cuestionario <i>ad hoc</i> diseñado para evaluar los conocimientos sobre síntomas de TCA, patrones de riesgo e identificación de señales	
3. Actitudes hacia la alimentación	Eating Attitudes Test (EAT-26)	Garner & Garfinkel (1982), Spanish Validation: Rivas et al.(2010)
4. Bienestar psicológico	Escala de Bienestar Psicológico (versión reducida)	Ryff (1989), Spanish Validation: Díaz et al. (2006)
5. Estilo de liderazgo en el deporte	Leadership Scale for Sports (LLS)	Chelladurai & Saleh (1980), Spanish Validation: Crespo et al. (1994)
6. Conductas controladoras del entrenador	Controlling Coach Behaviors Scale (CCBS) – Versión entrenadora	Bartholomew et al. (2010), Spanish Validation: Castillo et al. (2014)
7. Satisfacción con el Programa HADAS	Cuestionario <i>ad hoc</i> de satisfacción diseñado para evaluar la utilidad y beneficios del programa, la satisfacción con los formadores y recoger de forma cualitativa aspectos positivos, mejoras y propuestas.	

Familias

1. Datos sociodemográficos y deportivos	Cuestionario <i>ad hoc</i> diseñado para conocer edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios y ocupación principal.
---	--

2. Conocimientos en TCA	Cuestionario ad hoc diseñado para evaluar los conocimientos sobre síntomas de TCA, patrones de riesgo e identificación de señales	
3. Actitudes y comportamientos parentales en el contexto deportivo	Cuestionario para padres acerca de la Comunicación, el ambiente y la competición deportiva con sus hijos	Garrido-Guzman et al. (2011)
4. Actitudes hacia la alimentación	Eating Attitudes Test (EAT-26)	Garner & Garfinkel (1982), Spanish Validation: Rivas et al.(2010)
5. Satisfacción con el Programa HADAS	Cuestionario <i>ad hoc</i> de satisfacción diseñado para evaluar la utilidad y beneficios del programa, la satisfacción con los formadores y recoger de forma cualitativa aspectos positivos, mejoras y propuestas.	

Para complementar los datos de los cuestionarios y entender la experiencia de las participantes en el programa, se utilizarán dos herramientas cualitativas:

En primer lugar, los investigadores que impartan los talleres llevarán un **diario de campo**. En él anotarán lo relevante que ocurra durante las sesiones: las reacciones del grupo, los debates que surjan espontáneamente y los comentarios clave tanto de las deportistas como de las entrenadoras y las familias. Esto servirá para evaluar el día a día del programa y ver cómo se van asimilando los contenidos.

En segundo lugar, de manera inmediatamente posterior a la finalización de la intervención (T1), se implementará una fase cualitativa mediante la técnica de grupos focales. Esta herramienta de investigación cualitativa se estructurará a través de tres grupos de discusión diferenciados por perfiles (deportistas, entrenadoras y familiares), con un tamaño de entre 6 y 8 participantes por grupo para garantizar la manejabilidad y la representatividad. Con el fin de evitar el sesgo de deseabilidad social y asegurar la neutralidad en la recogida de datos, las sesiones serán conducidas por un moderador externo, ajeno a la aplicación de las sesiones

del Programa HADAS. La composición de estos grupos será heterogénea, integrando a personas procedentes de diferentes clubes y modalidades de deportes estéticos. Esta estrategia metodológica facilitará la triangulación de experiencias variadas y permitirá explorar de la idoneidad, los significados subjetivos y el impacto percibido del Programa HADAS en todo el microsistema deportivo.

2.9. Análisis y tratamiento de la información

El estudio incorpora procedimientos estrictos de control para minimizar sesgos. La asignación aleatoria de los clubes al grupo experimental o control será realizada por un investigador que no participa en el reclutamiento ni en la intervención. Del mismo modo, las evaluaciones en todos los momentos temporales (T0, T1, T2 y T3) serán llevadas a cabo por investigadoras cegadas a la condición asignada, que administrarán los instrumentos utilizando únicamente códigos anónimos, sin conocer si pertenecen al GE o al GC. Asimismo, el análisis estadístico será efectuado por un investigador independiente que recibirá la base de datos ya codificada, desconociendo qué etiqueta corresponde a cada condición. Para reforzar este proceso, los roles del equipo se mantienen completamente diferenciados: quienes imparten la intervención no realizan evaluaciones, quienes evalúan no participan en la intervención ni en la asignación de los clubes, y quienes analizan los datos no participan en fases previas del estudio. Este sistema garantiza el máximo grado de enmascaramiento posible dentro de un diseño de intervención aplicada en el contexto deportivo.

Consideraciones éticas y protección de datos

La investigación se fundamenta en una metodología ética, centrada en la prevención primaria de los TCA y la promoción de la salud colectiva. El proyecto sigue rigurosamente las directrices internacionales de la declaración *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) y cuenta con la aprobación formal del Comité de Ética de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Código de autorización COIR: DCC.ELZ.251124), garantizando el estricto cumplimiento de los principios éticos de la Declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos.

Al tratarse de una muestra compuesta por menores de edad, se requerirá obligatoriamente la firma del consentimiento informado por parte de sus progenitores o tutores legales, así como

el documento de asentimiento informado por parte de las propias deportistas adolescentes antes de iniciar cualquier fase del estudio. El tratamiento de la información se ajustará a la normativa legal vigente de protección de datos de carácter personal. Toda la información recopilada será codificada mediante sistemas alfanuméricos para asegurar el anonimato de las participantes, prohibiendo el acceso a las identidades a cualquier persona ajena al equipo de investigación y garantizando el uso confidencial de los datos con fines estrictamente científicos.

Análisis Estadísticos

Los datos se analizarán utilizando el programa IBM SPSS Statistics 26.0. En una primera fase, se calcularán estadísticos descriptivos (medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes) en función de la naturaleza de cada variable. La homogeneidad de varianzas se evaluará mediante el test de Levene ($p > .05$) y la normalidad de las distribuciones con el test de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors ($p > .05$).

Para examinar la evolución de las variables en los diferentes momentos de evaluación (T0: preintervención; T1: postintervención; T2: seguimiento a 6 meses y T3: seguimiento a 12 meses) y comparar los cambios entre el grupo experimental y el grupo control, se aplicarán análisis de la varianza de medidas repetidas (ANOVA) intra e intersujetos. Se emplearán pruebas post hoc de Bonferroni y Tukey para identificar diferencias específicas entre grupos y momentos. El tamaño del efecto se estimará mediante la eta cuadrada parcial, interpretando sus valores según Cohen (1998): 0,20–0,30 = pequeño; ~0,50 = medio; $\geq 0,80$ = grande.

Si no se cumplen los supuestos de normalidad u homogeneidad de varianzas, se recurrirá a pruebas no paramétricas equivalentes: U de Mann-Whitney para comparaciones entre grupos y test de Wilcoxon para comparaciones intragrupo.

Asimismo, se realizarán análisis de regresión múltiple para determinar el peso de distintas variables predictoras en la reducción del riesgo de TCA y elaborar un modelo predictivo. Cuando sea pertinente, los análisis se estratificarán por categorías deportivas y, si es necesario, por clubes. El nivel de significación estadística se fijará en $p < .05$ para todas las pruebas.

Análisis cualitativo

Por su parte, la información de carácter cualitativo obtenida a través de los diarios de campo de las sesiones y las transcripciones de los grupos focales se procesará utilizando el software especializado MAXQDA. Con este programa se llevará a cabo un análisis temático de contenido siguiendo una estrategia inductiva. Primero, se organizarán los textos en el software y se realizará una lectura detallada para generar códigos iniciales basados en los comentarios, debates y reacciones de las deportistas, entrenadoras y familias. Después, estos códigos se agruparán en categorías y temas más amplios utilizando las herramientas visuales de MAXQDA (como mapas asociativos o matrices de códigos). Este procedimiento estructurado permitirá identificar y comparar de forma clara las principales narrativas sobre la imagen corporal, el uso de las redes sociales y los estilos de liderazgo en los diferentes clubes, garantizando la rigurosidad en el tratamiento de los datos cualitativos.

2.10. Resultados esperados

El Programa HADAS plantea la evaluación de su impacto bajo una lógica comunitaria y multinivel, persiguiendo mejoras interdependientes en los tres vértices que componen el entorno del deporte base. El éxito de esta intervención y el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos se comprobarán empíricamente a través de varios resultados e indicadores clave. En el nivel de las deportistas adolescentes, el indicador prioritario de cumplimiento será una esperada disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones del riesgo de TCA medido a través del *EAT-26*, acompañado de una atenuación de los índices de insatisfacción corporal evaluados mediante el *BSQ-34*. Desde el prisma de la intervención social, este resultado cuantitativo representaría la disminución de la violencia estética internalizada por las menores. De igual modo, se espera que el fortalecimiento de su empoderamiento psicológico y digital se constate mediante un incremento significativo en los niveles de bienestar percibido con la escala *PWB-SF-Y* y la satisfacción vital en la *SWLS*, sumado a una reducción de la ansiedad competitiva en el *CSAI-2R* y del perfeccionismo desadaptativo en la escala *MIPS*. El éxito de la alfabetización mediática frente al macrosistema se medirá mediante la esperada disminución en las puntuaciones de la escala de conciencia de apariencia en redes sociales *ASMC* y un aumento en el pensamiento crítico

hacia los medios de comunicación a través del test *CTMM*, además de una mejora en los conocimientos sobre hábitos nutricionales saludables evaluado con el cuestionario *CAPA*.

En el nivel técnico y de gestión del club, se espera evidenciar la transformación organizacional de la cultura deportiva mediante un incremento significativo en los indicadores de liderazgo democrático y provisión de apoyo social, medidos en las entrenadoras a través de la *LLS*. Este cumplimiento se complementaría con una reducción de las conductas impositivas y fiscalizadoras del peso corporal mediante la *CCBS*. Este indicador se pretende validar mediante una convergencia cruzada de datos, donde se espera que la disminución de conductas controladoras informada por las propias entrenadoras coincida con una reducción significativa en la percepción de control autoritario manifestada por las adolescentes en la versión de la deportista de la misma escala. Asimismo, se espera un aumento del conocimiento especializado del cuerpo técnico sobre la prevención de los TCA y la identificación temprana de señales de alerta, el cual se evaluará mediante cuestionarios *ad hoc*.

Finalmente, el cumplimiento de los objetivos en el sistema familiar se medirá mediante un esperado aumento de puntuación en los cuestionarios *ad hoc* de conocimientos sobre las causas y alertas tempranas de los TCA, unido a una mayor tendencia hacia estilos de parentalidad democráticos y canales de comunicación socioafectiva saludables en el hogar, reflejados en una mejora significativa en las puntuaciones del *Cuestionario de comunicación y clima parental en el deporte*. A nivel familiar también se espera cierta disminución de las actitudes alimentarias disfuncionales de los propios progenitores evaluadas con el *EAT-26*, promoviendo que el hogar funcione como un refugio relacional estable. La sostenibilidad ecológica del cambio y la autonomía del sistema se confirmarán mediante análisis longitudinales de medidas repetidas en el programa *SPSS*, esperando que las mejoras de todo el triángulo deportivo se mantengan estables en los seguimientos a los 6 meses (T2) y a los 12 meses (T3).

CAPÍTULO III. Reflexiones finales

3.1. Características principales y valor diferencial frente a otras alternativas

La prevención de los TCA en jóvenes que practican disciplinas de modalidad estética constituye un área psicosocial emergente en la que se necesitan modelos explicativos integrales y de corte ecológico. La característica más innovadora del Programa HADAS radica en ir más allá del paradigma tradicional de carácter clínico e individualista, el cual puede tender en ocasiones, a centrarse en el trastorno y en el síntoma, dejando fuera a la comunidad. Frente a este enfoque reduccionista, el Programa HADAS se presenta como el primer programa estructurado en España, evaluado bajo los estándares metodológicos de un Ensayo Controlado Aleatorizado, que asume que la salud de la adolescente no puede aislarse de su red relacional. Por ello, y tomando como base la Teoría Bioecológica de Bronfenbrenner (1987), la intervención plantea una acción simultánea, coordinada y sinérgica sobre el ecosistema deportivo completo en sus tres vértices esenciales (las deportistas, sus entrenadoras y sus familiares), pretendiendo transformar los procesos relacionales del entorno para convertirlos en factores de protección y bienestar.

La utilización de un diseño experimental con grupo control, varias evaluaciones de seguimiento y medidas validadas permitirá generar evidencia sólida sobre la eficacia del programa y su potencial de transferencia a otros contextos deportivos. Un aspecto especialmente destacable del programa es su enfoque multicomponente, que se alinea con la evidencia previa que señala que los programas interactivos, participativos e integrados son los que alcanzan mayores reducciones en el riesgo de TCA (Jones et al., 2008; Sandgren et al., 2020; Stice & Shaw, 2004). El Programa HADAS integra contenidos teóricos y prácticos centrados en hábitos de vida saludables, gestión emocional, imagen corporal, alfabetización en redes sociales, comunicación y liderazgo deportivo. La intervención se organiza en cinco sesiones dirigidas a las deportistas, cuatro a las entrenadoras y dos a las familias, todas ellas acompañadas de cuadernillos estructurados que refuerzan los aprendizajes y permiten continuar el trabajo más allá del contexto grupal. El programa se fundamenta en principios de prevención, empleando metodologías activas y participativas que han demostrado su eficacia en intervenciones previas (Díaz-Ceballos et al., 2019; Stice et al., 2007). Este enfoque

permitirá generar datos sólidos sobre el impacto de la intervención y contribuir con evidencia transferible a otros contextos y a la mejora de políticas públicas en salud mental y deporte.

Los programas dirigidos a entrenadoras han sido especialmente escasos. Si bien una excepción reciente es el programa “I Care” (Selenius et al., 2022), el cual mostró ciertas mejoras en el conocimiento y actitudes de los entrenadores, aunque con importantes limitaciones metodológicas. El valor del programa HADAS se consolida en trabajar en el microsistema técnico de entrenamiento a través de un abordaje organizacional que operativiza el Constructo Multinivel de Zimmerman (1995, 2000), el cual defiende que el cambio real debe manifestarse interdependientemente a escala individual, de organización y de comunidad. Por ello, el programa aborda estas limitaciones combinando la autopercepción de las entrenadoras con la evaluación de su comportamiento percibido por las deportistas, lo que permitirá obtener una visión más objetiva y completa del estilo de liderazgo y su influencia sobre el riesgo de TCA.

Asimismo, la incorporación sistemática de las familias en el Programa HADAS representa una aportación relevante respecto a la literatura previa en prevención de los TCA en el ámbito deportivo. Aunque numerosos estudios han documentado el papel de la crítica relacionada con el peso, la presión estética y la calidad del apoyo emocional familiar como factores asociados al riesgo de TCA en adolescentes (Ata et al., 2007; Eisenberg et al., 2012; Lydecker et al., 2021), la mayoría de los programas preventivos dirigidos a deportistas han centrado su intervención exclusivamente en las propias deportistas o, en menor medida, en el personal técnico. Hasta la fecha, un programa preventivo incluyó de forma explícita una sesión dirigida a madres de deportistas, sin observarse cambios significativos en las variables evaluadas, probablemente debido a la brevedad de la intervención y a la limitada profundización en los contenidos familiares (Buchholz et al., 2008). En este sentido, el Programa HADAS subsana esta deficiencia fundamentando su acción en la Teoría del Empoderamiento de Rappaport (1981). Al transitar formalmente desde un modelo paternalista de necesidades hacia un modelo de derechos enfocado en las capacidades, el programa busca una capacitación comunitaria compuesta por dos sesiones participativas y cuadernos de trabajo, diseñados para promover estilos de crianza democráticos, comunicación socioafectiva y estrategias de apoyo emocional ante la competición, convirtiéndolos en agentes activos de prevención.

Otro componente innovador del programa es que dedica una sesión a un factor de riesgo emergente de los TCA en la población adolescente, la influencia de las redes sociales en la imagen corporal y la salud mental (Choukas-Bradley et al., 2022). En deportistas jóvenes, se ha encontrado que la adicción a redes sociales y la comparación de la apariencia física se han asociado con mayor insatisfacción corporal y emociones negativas (Lin et al., 2025). La inclusión de contenidos de alfabetización mediática y de gestión de la elevada presión estética de este ámbito, posiciona al HADAS como un programa con un enfoque innovador, adaptado a las necesidades actuales de la población adolescente.

En resumen, el estudio presenta varias fortalezas. En primer lugar, su carácter pionero en la prevención de TCA en el deporte en España, sustentado en un diseño metodológicamente robusto y en la aplicación de medidas repetidas que permiten analizar la evolución de los efectos. En segundo lugar, la intervención integral dirigida tanto a deportistas como a sus familiares y entrenadoras, que posibilita actuar de forma coordinada sobre factores individuales y contextuales. En tercer lugar, el uso de instrumentos de evaluación adaptados o validados para población española, lo que garantiza una mayor pertinencia cultural y lingüística de los resultados. En cuarto lugar, la incorporación de evaluación cualitativa con grupos focales, lo que permitirá triangular los datos recogidos y profundizar en los significados subjetivos e impacto del programa desde la perspectiva de las integrantes de la comunidad deportiva. Por último, la inclusión de contenidos sobre alfabetización en redes sociales añade un componente adaptado a las necesidades actuales de la juventud.

3.2. Limitaciones de la propuesta y plan de manejo de contingencias

Llevar a cabo un proyecto de intervención en entornos reales, como son los clubes deportivos, implica asumir una serie de dificultades prácticas. La primera limitación tiene que ver con el reclutamiento de las participantes. El Programa HADAS exige trabajar de forma obligatoria con el triángulo deportivo al completo. Esto, que es la mayor fortaleza del proyecto, es también su principal complicación logística, ya que el volumen de la muestra puede verse reducido si las familias o el personal técnico no se involucran por falta de tiempo o de interés. Para solucionar esta contingencia, se mantendrán reuniones informativas previas a la intervención en las que se les pueda transmitir la relevancia e importancia de que todos los agentes del triángulo deportivo se impliquen en el programa.

En segundo lugar, el estudio se enfrenta al riesgo de abandono por parte de los participantes debido a que el seguimiento dura 12 meses. Mantener el compromiso a largo plazo es complicado una vez que los talleres terminan, ya que las jóvenes pueden dejar el deporte, cambiar de club o, simplemente, cansarse de rellenar los cuestionarios. Frente a esto, el plan de contingencia incluye el mantenimiento del contacto a través de las entrenadoras principales, pudiendo estar al tanto de la situación del club. Además, se realizarán recordatorios personalizados un mes antes de cada evaluación y se darán todas las facilidades posibles, permitiendo que los cuestionarios se respondan de forma online y adaptada a teléfonos móviles para que las familias puedan rellenarlos en cualquier momento.

Otra limitación habitual en este tipo de investigaciones es el sesgo de deseabilidad social. En el caso de las entrenadoras y los familiares, al sentirse evaluadas en su papel de educadores, existe el riesgo de que respondan lo que se considera "correcto" (mostrándose más democráticos o afectivos de lo que realmente son en la intimidad del hogar o en la pista de entrenamiento) para evitar sentirse juzgados. Para intentar mitigar este problema, antes de rellenar las encuestas se garantizará el anonimato mediante códigos y se insistirá en que no hay respuestas buenas ni malas. Además, el propio diseño del estudio pretende solucionar esto de forma estadística, ya que cruzará lo que dicen los adultos con la percepción real y anónima que tienen las adolescentes sobre ellos mediante la escala de control CCBS.

3.3. Conclusión final

A modo de cierre, la conceptualización y el diseño metodológico del Programa HADAS plantean una propuesta de intervención social y comunitaria aplicada al tejido del deporte base, buscando trascender el enfoque de un protocolo de investigación tradicional. Desde la perspectiva de la psicología comunitaria, el éxito de este programa preventivo no radica en tratar de forma individual a la adolescente cuando ya presenta sintomatología, sino en intervenir de manera anticipada sobre su entorno. El objetivo es dotar a su ecosistema relacional inmediato (el triángulo deportivo) de las herramientas necesarias para reducir los factores de riesgo desde el origen, evitando que la vulnerabilidad social se transforme en enfermedad.

En este sentido, la demostración empírica de la eficacia del Programa HADAS supondría un avance importante para la transferencia del conocimiento científico a la sociedad. La

validación de este modelo multicomponente ofrecería a las instituciones públicas, federaciones deportivas y servicios de salud un recurso metodológico protocolizado, basado en la evidencia, coste-efectivo y escalable a otras regiones o disciplinas deportivas similares. Más allá de la prevención específica de los TCA, su implementación contribuiría a transformar la cultura del deporte de competición actual.

Finalmente, el programa aporta una estructura práctica y operativa para garantizar el cumplimiento efectivo de marcos legislativos vigentes como la LOPIVI (Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia). Al operativizar el mandato legal de crear "entornos seguros" dentro de los clubes deportivos, la intervención plantea que la excelencia técnica y el rendimiento deportivo no se sitúen por encima del desarrollo humano integral y el bienestar psicológico de las menores. Al movilizar los recursos de la comunidad deportiva, deconstruir los liderazgos autoritarios y consolidar redes de apoyo familiar y técnico, el programa transfiere la responsabilidad de la protección también a la comunidad, buscando garantizar de forma ética y rigurosa la salud mental de las adolescentes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrade Fernández, E. M., Lois Río, G., & Arce Fernández, C. (2007). Propiedades psicométricas de la versión española del Inventario de Ansiedad Competitiva CSAI-2R en deportistas. *Psicothema*, 19(1), 150–155.
- Ata, R. N., Ludden, A. B., & Lally, M. M. (2007). The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(8), 1024–1037. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9159-x>
- Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2003). Satisfaction with Life Scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1255–1260. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00332-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00332-X)
- Bartholomew, K.J., Ntoumanis, N., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2010). The controlling interpersonal style in a coaching context: Development and initial validation of a psychometric scale. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 31, 193-216. <https://doi.org/10.1123/jsep.32.2.193>
- Behar Astudillo, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: el paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319-334. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272010000500007>
- Blinde, E. M., & Taub, D. E. (1993). Women athletes as falsely accused deviants: Managing the lesbian stigma. *Sociological Quarterly*, 33, 521–533.
- Blom, L. C., Visek, A. J., & Harris, B. S. (2013). Triangulación en el deporte juvenil: Colaboraciones saludables entre padres, entrenadores y profesionales. *Journal of Sport Psychology in Action*, 4(2), 86–96. <https://doi.org/10.1080/21520704.2012.763078>
- Borowiec, J., Banio-Krajnik, A., Malchrowicz-Moško, E., & Kantanista, A. (2023). Eating disorder risk in adolescent and adult female athletes: the role of body satisfaction, sport type, BMI, level of competition, and training background. *BMC Sports Science Medicine And Rehabilitation*, 15(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s13102-023-00683-7>
- Bould, H., Newbegin, C., Stewart, A., Stein, A., & Fazel, M. (2017). Eating disorders in children and young people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 359, j5245. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5245>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

- Buchholz, A., Mack, H., McVey, G., Feder, S., & Barrowman, N. (2008). BodySense: An evaluation of a positive body image intervention on sport climate for female athletes. *Eating Disorders*, 16(4), 308–321. <https://doi.org/10.1080/10640260802115910>
- Budhraj, M., Schneider, J., Tinoco, A., Khanna, P., & Matheson, E. L. (2025). "Change needs to start at home": A reflexive thematic analysis of girl athletes' and coaches' experiences of body image in New Delhi, India. *Psychology of sport and exercise*, 76, 102774. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2024.102774>
- Byrne, S., & McLean, N. (2001). Eating disorders in athletes: a review of the literature. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 4(2), 145–159. [https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(01\)80025-6](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(01)80025-6)
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta Prácticos. ISBN 978-84-08-03851-1
- Castillo, I., Tomás, I., Ntoumanis, N., Bartholomew, K., Duda, J. L., & Balaguer, I. (2014). Psychometric properties of the Spanish version of the Controlling Coach Behaviors Scale in the sport context. *Psicothema*, 26(3), 409–414. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.76>
- Chelladurai, P., & Saleh, S. D. (1980). Dimensions of leader behavior in sports: Development of a leadership scale. *Journal of Sport Psychology*, 2(1), 34–45. <https://doi.org/10.1123/jsp.2.1.34>
- Choukas-Bradley, S., Roberts, S. R., Maheux, A. J., & Nesi, J. (2022). The Perfect Storm: A Developmental–Sociocultural Framework for the role of Social Media in adolescent girls' body image concerns and Mental health. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(4), 681–701. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00404-5>
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–494. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O](https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1098-108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O)
- Corning, A. F., Malofeeva, E. V., & Bucchianeri, M. M. (2007). Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 44(2), 193–204. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.2.193>
- Crespo, M., Balaguer, I. y Atienza, F. (1994). Análisis psicométrico de la versión española de la escala de liderazgo en el deporte de Chelladurai y Saleh en la versión entrenadores. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 4(1), 5-28.

Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>

De Bruin, A. P. K. (2017). Athletes with eating disorder symptomatology, a specific population with specific needs. *Current opinion in psychology*, 16, 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.05.009>

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572–577.

Díaz-Ceballos, I. (2005). Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5(1), 67–80.

Díaz-Ceballos, I., Molina, M., Ramírez, E., & Godoy, D. (2019). Creencias, actitudes y conductas de riesgo de entrenadores en relación con el peso de sus deportistas: un estudio descriptivo. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y el Ejercicio Físico*, 4(2), e11. <https://doi.org/10.5093/rpadef2019a10>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Durán, L. J., Jiménez, P. J., Ruiz, L. M., Jiménez, F., & Camacho, M. J. (2006). Trastornos de la alimentación y deporte. *Archivos de medicina del deporte*, 23, 117-125.

Edler, C., Haedt, A. A., & Keel, P. K. (2007). The use of multiple purging methods as an indicator of eating disorder severity. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 515–520. <https://doi.org/10.1002/eat.20416>

Eisenberg, M. E., Berge, J. M., & Fulkerson, J. E. (2012). Associations between hurtful weight-related comments by family and significant other and the development of disordered eating behaviors in young adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 500-508. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9378-9>

Elliot, D. L., Goldberg, L., Moe, E. L., DeFrancesco, C. A., Durham, M. B., & Hix-Small, H. (2004). Preventing substance use and disordered eating: Initial outcomes of the ATHENA (Athletes Targeting Healthy Exercise & Nutrition Alternatives) program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(11), 1043–1049. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.11.1043>

Elliot, D. L., Goldberg, L., Moe, E. L., DeFrancesco, C. A., Durham, M. B., McGinnis, W., & Lockwood, C. (2008). Long-term outcomes of the ATHENA (Athletes Targeting Healthy

Exercise & Nutrition Alternatives) program for female high school athletes. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 52(2), 73–92. PMID: 19081833; PMCID: PMC2598770.

Elliot, D. L., Moe, E. L., Goldberg, L., DeFrancesco, C. A., Durham, M. B., & Hix-Small, H. (2006). Definition and outcome of a curriculum to prevent disordered eating and body-shaping drug use. *The Journal of School Health*, 76(2), 67–73. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2006.00070.x>

Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming Binge Eating*. New York: Guilford Press.

Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., ... & Treasure, J. (2020). COVID-19 and implications for eating disorders. *European eating disorders review*, 28(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>

Francisco, R., Alarcão, M., & Narciso, I. (2012). Aesthetic Sports as High-Risk Contexts for Eating Disorders : Young Elite Dancers and Gymnasts Perspectives. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 265–274. doi:10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37333

Fundación ANAR. (2021). *Informe anual teléfono/chat ANAR en tiempos de COVID-19 año 2020*. Recuperado de http://www.infocoponline.es/pdf/Informe-ANAR-COVID_Definitivo.pdf

Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1985). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel. <https://doi.org/10.1017/S0033291700050431>

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>

Garrido Guzmán, M.E., Romero Granados, S., Ortega Toro, E. y Torres Luque, G. (2011). Construcción de las escalas de un cuestionario para padres acerca de la comunicación, el ambiente y la competición deportiva con sus hijos. *Habilidad Motriz*, 36, 18-26. <https://hdl.handle.net/11441/134311>

González Gómez, J., Madrazo del Río-Hortega, I., Gil Camarero, E., Carral Fernández, L., Benito González, M. D. P., Calcedo Giraldo, J. G., & Gómez del Barrio, J. A. (2017). Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. *Revista Médica Valdecilla*, 2(1), 14-20. <http://hdl.handle.net/10902/13792>

Gorrell, S., Sanzari, C. M., Ziegenhardt, P. S., Spell, J., Johnson, M. G., Whitlow, B., & Saigal, M. (2024). Preventing eating pathology among elite adolescent ballet dancers: a pilot trial of the Athlete Body Project. *Eating disorders*, 32(6), 666–685. <https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2337525>

- Hardie, A., Oshiro, K. F., & Dixon, M. A. (2022). Understanding body image perceptions of former female athletes: A qualitative analysis. *Body Image*, 43, 393–407. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.10.001>
- Harris, M. B., & Greco, D. (1990). Weight control and weight concern in competitive female gymnasts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 427–433. <https://doi.org/10.1123/jsep.12.4.427>
- Hart, L. M., Cornell, C., Damiano, S. R., & Paxton, S. J. (2014). Parents and prevention: A systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 157–169. <https://doi.org/10.1002/eat.22284>
- Jones, M., Luce, K. H., Osborne, M. I., Taylor, K., Cunnig, D., Doyle, A. C., Wilfley, D. E., & Taylor, C. B. (2008). Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. *Pediatrics*, 121(3), 453–462. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1173>
- Krane, V., Choi, P.Y.L., Baird, S.M. *et al.* Living the Paradox: Female Athletes Negotiate Femininity and Muscularity. *Sex Roles* 50, 315–329 (2004). <https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000018888.48437.4f>
- Krebs, R. J. (2009). Bronfenbrenner's bioecological theory of human development and the process of development of sports talent. *International Journal of Sport Psychology*, 40(1), 108–135.
- Ladrón-Arana, S., Marín-Fernández, B., Orzanco-Garralda, R., Tarazona-Martínez, I., & Escalada-Hernández, P. (2021). Construcción y validación del cuestionario C.A.P.A. Conocimientos en Alimentación de Personas Adolescentes diagnosticadas de trastornos alimentarios. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(2), 45-56.
- Lapuente Álvarez, I. (2017). Factores determinantes para la creación de contextos sociodeportivos excelentes. *KRONOS*, 16(01-02). <https://doi.org/10.64197/Kronos.16.01-02.835>
- Levine, M. P. (2023). Prevention of eating disorders: 2023 in review. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 32(3), 223–246. <https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2345995>
- Levine, M. P., & Piran, N. (2003). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1(1), 57-70. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00006-8](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00006-8)
- Lim, S. Y., & Dixon, M. A. (2018). A conceptual framework of sport participation and women's empowerment. *Managing Sport and Leisure*, 22(5), 400–413. <https://doi.org/10.1080/23750472.2018.1499437>

- Lin, W., Cen, Z., & Chen, Y. (2025). The impact of social media addiction on the negative emotions of adolescent athletes: the mediating role of physical appearance comparisons and sleep. *Frontiers in Public Health*, 12, 1452769. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1452769>
- Lisinskienė, A., & Šukys, S. (2014). The athlete triangle: Coach, athlete and parents as an educational system. *Global Journal Of Sociology Current Issues*, 4(2), 46-51.
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., Portell, M., & Raich, R. M. (2011). Impact of a school-based disordered eating prevention program in adolescent girls: General and specific effects depending on adherence to the interactive activities. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 293–303. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n1.26
- Lydecker, J. A., Silverman, J. A., & Grilo, C. M. (2021). Disentangling Associations of Children's Sports Participation and Compulsive Exercise With Parenting Practices and Child Disordered Eating Behavior. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 178-183. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.04.028>
- Mancine, R. P., Gusfa, D. W., Moshrefi, A., & Kennedy, S. F. (2020). Prevalence of disordered eating in athletes categorized by emphasis on leanness and activity type – a systematic review. *Journal Of Eating Disorders*, 8(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00323-2>
- Márquez, S. (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 359-378.
- Martens, R., Burton, D., Vealey, R.S., Bump, L.A., y Smith, D.E. (1990). Development and validation of the Competitive State Anxiety Inventory-2. *Competitive anxiety in sport*, 117-190.
- Martinsen, M., Sherman, R. T., Thompson, R. A., & Sundgot-Borgen, J. (2014). Coaches' Knowledge and Management of Eating Disorders. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, 47(5), 1070-1078. <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000000489>
- Nattiv, A., Loucks, A. B., Manore, M. M., Sanborn, C. F., Sundgot-Borgen, J., & Warren, M. P. (2007). American College of Sports Medicine position stand: The female athlete triad. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, 39(10), 1867-1882. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e318149f111>
- Neumark-Sztainer, D., Croll, J., Story, M., Hannan, P. J., French, S., & Perry, C. (2002). Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: Findings from Project EAT. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (5), 963–974. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00486-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00486-5)
- Nicholls, D. E., & Yi, I. (2012). Early intervention in eating disorders: a parent group approach. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 357–367. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00373.x>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Salud mental del adolescente. Datos y cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Petrie, T. A., & Greenleaf, C. (2012). Eating disorders in sport. *The Oxford handbook of sport and performance psychology*, 635–659. <https://doi.org/10.1002/9781118270011.ch16>
- Petrie, T. A., & Greenleaf, C. A. (2007). Eating disorders in sport: From theory to research to intervention. *Handbook of Sport Psychology*, 3, 352-378. <https://doi.org/10.1002/9781118270011.ch16>
- Puertas, D. G. (2020). Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 11(2), 244-254. <https://doi.org/10.20318/recs.2020/5223>
- Raich, R. M. (1999). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51–66.
- Ramírez-Muñoz, A., Zamarripa, J., Asencio, P., & González-García, H. (2023). Características psicométricas del Inventario Multidimensional de Perfeccionismo en deportistas adultos españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 55, 245-252. <https://doi.org/10.14349/rlp.2023.v55.27>
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25. <https://doi.org/10.1007/BF00896357>
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., & Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1044–1056. <https://doi.org/10.1017/s1138741600002687>
- Rodgers, R. F., Gordon, A. R., Burke, N. L., & Ciao, A. (2024). Padres y cuidadores: actores clave en la prevención e identificación de problemas de imagen corporal y trastornos alimentarios en adolescentes jóvenes. *Eating Disorders*, 32(6), 703–726. <https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2366546>
- Rojo, M., Beltrán-Garrayo, L., Del Blanco-Barredo, M. D. C., & Sepúlveda, A. R. (2023). Spanish validation of two social media appearance-related constructs associated with disordered eating in adolescents: The Appearance-related Social Media Consciousness scale (ASMC) and the Critical Thinking about Media Messages scale (CTMM). *Body image*, 45, 401–413. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.04.004>
- Rome, E. S. (2003). Eating disorders. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 30, 353–377. [https://doi.org/10.1016/s0889-8545\(03\)00023-8](https://doi.org/10.1016/s0889-8545(03)00023-8)

- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35–55. <https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Sánchez-Vidal, A. (2017). Empoderamiento, liberación y desarrollo humano. *Psychosocial Intervention*, 26(3), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2017.05.001>
- Sandgren, S. S., Haycraft, E., & Plateau, C. R. (2020). Nature and efficacy of interventions addressing eating psychopathology in athletes: A systematic review of randomised and nonrandomised trials. *European Eating Disorders Review*, 28(2), 105-121. <https://doi.org/10.1002/erv.2704>
- Schneider, J., Matheson, E. L., Tinoco, A., Silva-Breen, H., Diedrichs, P. C., & LaVoi, N. M. (2023). A six-country study of coaches' perspectives of girls' body image concerns in sport and intervention preferences: Template analysis of survey and focus group data. *Body image*, 46, 300–312. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.06.013>
- Selenius, S., Birgegård, A., & Mantilla, E. F. (2022). Preliminary evaluation of the online course “I Care” targeting eating disorder knowledge and attitudes among sports coaches and fitness instructors. *Journal of Eating Disorders*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00663-1>
- Sicka, K., Sabiston, C., Maharaj, A., & Pila, E. (2022). Body image and disordered eating prevention in girls' sport: A partner-driven and stakeholder-informed scoping review of interventions. *Psychology of Sport and Exercise*, 61, 102215. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2022.102215>
- Stavraki, M., García-Márquez, R., Bajo, M., Callejas-Albiñana, A. I., Paredes, B., & Díaz, D. (2022). Brief version of the Ryff Psychological Well-Being Scales for children and adolescents: Evidence of validity. *Psicothema*, 34(2), 316–322. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.235>
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Stoeber, J., Otto, K., Pescheck, E., Becker, C., & Stoll, O. (2006). Perfectionism and competitive anxiety in athletes: Differentiating striving for perfection and negative reactions to imperfection. *Personality And Individual Differences*, 42(6), 959-969. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.006>
- Sundgot-Borgen, C., Wisting, L., Sundgot-Borgen, J., Steenbuch, K., Skrede, J. V., Nilsen, K., Stice, E., & Mathisen, T. F. (2024). The "Young Athlete Body Project"-A pilot study evaluating the acceptability of and results from an eating disorder prevention program for adolescent athletes. *The International journal of eating disorders*, 57(3), 568–580. <https://doi.org/10.1002/eat.24140>

- Teixidor-Batlle, C., Ventura, C., & Andrés, A. (2021). Eating disorder symptoms in elite Spanish athletes: Prevalence and sport-specific weight pressures. *Frontiers in Psychology*, 11, 559832. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.559832>
- Thibodeau, D. E., Sutherland, S., Brown, D. M., Quesnel, D. A., & Sabiston, C. M. (2025). Coaches Say Lighter Is Better, but at What Cost? A Qualitative Exploration of the Lingering Impact of Body Image on Disordered Eating in Retired Elite Women Athletes. *Qualitative health research*, 10497323251331800. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10497323251331800>
- Toro, J., & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J., Galilea, B., Martinez-Mallén, E., Salamero, M., Capdevila, L., Mari, J., Mayolas, J., & Toro, E. (2005). Eating disorders in Spanish female athletes. *International journal of sports medicine*, 26(8), 693–700. <https://doi.org/10.1055/s-2004-830378>
- Vani, M. F., Pila, E., deJonge, M., Solomon-Krakus, S., & Sabiston, C. M. (2021). ‘Can you move your fat ass off the baseline?’ Exploring the sport experiences of adolescent girls with body image concerns. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 13(4), 671–689. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2020.1771409>
- Voelker, D. K., Visek, A. J., Learner, J. L., & DiBiasio, M. (2022). Toward understanding of coaches’ role in athletes’ eating pathology: A systematic review and ecological application to advance research. *Psychology of Sport and Exercise*, 58, Article 102059. . <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.102059>
- Whisenhunt, B. L., Williamson, D. A., Drab-Hudson, D. L., & Walden, H. (2008). Intervening with coaches to promote awareness and prevention of weight pressures in cheerleaders. *Eating And Weight Disorders - Studies On Anorexia Bulimia And Obesity*, 13(2), 102-110. <https://doi.org/10.1007/bf03327610>
- Wilksch, S. M., & Wade, T. D. (2009). Reduction of shape and weight concern in young adolescents: A 30-month controlled evaluation of a media literacy program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(6), 652–661. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181a1f559>
- Wu, J., Liu, J., Li, S., Ma, H., & Wang, Y. (2020). Trends in the prevalence and disability-adjusted life years of eating disorders from 1990 to 2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e161. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001055>
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599. <https://doi.org/10.1007/BF02506983>

Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Kluwer Academic/Plenum Publishers.

