



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Campus Terres de l'Ebre

María Ballesteros Bellido

Gloria Llobell Romero

**INFLUÈNCIA DEL CONTROL DE LA DIABETIS MELLITUS TIPUS 1 EN EL RISC DE
DESENVOLUPAR TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA DURANT
L'ADOLESCÈNCIA.**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigir per: Sra. Lourdes Franco

Grau en Infermeria

Tortosa, 22 de maig de 2026

Agraïments.

A la nostra tutora, Lourdes Franco, per la seva orientació, dedicació i acompanyament durant tot el desenvolupament d'aquest treball. Li agraïm la seva paciència, els seus consells i les seves indicacions, que han estat essencials per avançar i perfeccionar cada etapa del procés. La seva implicació ha estat clau per a la realització d'aquest TFG. Gràcies també per ajudar-nos a obrir la mirada i a prendre consciència del que implica un control biomèdic que sols se centra en la malaltia, deixant de banda l'atenció i l'acompanyament a la persona que pateix.

Gràcies famílies, sense el vostre ànim i la confiança que sempre ens heu transmès, aquest assoliment no hauria estat possible. Gràcies per donar-nos l'oportunitat de formar-nos. Especialment E., per ajudar-nos amb les teves experiències a la feina.

Gràcies A. per inspirar-nos a investigar sobre una realitat tan complexa que viviu, compartint amb nosaltres la teva experiència i fer-nos observar la importància de l'atenció amb la persona quan pateix una malaltia crònica, i la carència que hi ha d'aquesta.

Índex:

1. Introducció	6
2. Marc Conceptual	8
3. Objectius.	21
5. Metodologia	23
Taula 1. Equacions de cerca	24
Taula 2. Criteris d'inclusió i exclusió	25
Gràfic 1. Diagrama de flux segons PRISMA	27
6. Resultats	28
Taula 3. Articles seleccionats	28
7. Discussió.	34
8. Conclusions	40
9. Bibliografia	42

Resum.

Introducció: La diabetis mellitus tipus 1 és una malaltia crònica que requereix control d'insulina, dieta i exercici amb impacte físic i psicològic. Les persones amb DM1, especialment dones joves, tenen més risc de trastorns de la conducta alimentària relacionats amb el control del pes i la insulina. Cal un abordatge integral i el paper d'infermeria és clau en la detecció precoç i l'acompanyament emocional.

Objectiu: Analitzar la influència del control biomèdic de la DM1 en adolescents en el desenvolupament de TCA.

Metodologia: Revisió bibliogràfica de tipus narrativa realitzada entre els mesos de setembre de 2025 i l'abril de 2026, a través de les següents bases de dades: PubMed, Google Acadèmic, Dialnet i CINAHL.

Resultats: S'han seleccionat 8 articles, els quals mostren que els adolescents amb DM1 tenen major risc de trastorns alimentaris i malestar psicològic, especialment les dones. També destaquen la importància del component emocional, familiar i sanitari per millorar l'autogestió i la qualitat de vida.

Discussió: La DM1 no només afecta la salut física, sinó també el benestar emocional, psicològic i social, augmentant el risc de trastorns de la conducta alimentària. Per això és necessari un enfocament integral i biopsicosocial, amb especial importància del suport infermer, emocional i familiar per millorar l'adaptació i la qualitat de vida.

Conclusió: El control biomèdic estricte en adolescents amb DM1 augmenta el risc de trastorns de la conducta alimentària per factors emocionals i psicològics. Per això, cal un enfocament biopsicosocial amb un paper clau de la infermeria per millorar la detecció precoç i la qualitat de vida.

PARAULES CLAU: Diabetis Mellitus Tipus 1, Trastorns de la Conducta Alimentària, Control Biomèdic, Adolescents.

Abstract.

Introduction: Type 1 diabetes mellitus is a chronic disease that requires insulin control, diet and exercise with physical and psychological impact. People with DM1, especially young women, have a higher risk of suffering from eating disorders related to weight and insulin control. A comprehensive approach is needed and the role of nursing is key in early detection and emotional support.

Objective: To analyze the influence of biomedical control of DM1 in adolescents on the development of ED.

Methodology: Narrative bibliographic review carried out between September 2025 and April 2026, through the following databases: Pubmed, Google Scholar, Dialnet and CINAHL.

Results: 8 articles were selected, showing that adolescents with DM1 have a higher risk of suffering from eating disorders and psychological distress, especially women. They also highlight the importance of the emotional, family and health component to improve self-management and quality of life.

Discussion: DM1 not only affects physical health, but also emotional, psychological and social well-being, increasing the risk of suffering from eating disorders. For this reason, a comprehensive and biopsychosocial approach is needed, with special importance of nursing care, emotional and family support to improve adaptation and quality of life.

Conclusion: Strict biomedical control in adolescents with DM1 increases the risk of eating disorders due to emotional and psychological factors. For this reason, a biopsychosocial approach is needed with a key role for nursing to improve early detection and quality of life.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus type 1, Eating disorders, Biomedical control, Adolescents.

1. Introducció

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la diabetis mellitus (DM) és una malaltia crònica que es presenta quan el pàncrees no secreta prou insulina o quan l'organisme no és capaç d'utilitzar eficaçment la insulina que produeix (OMS,2024).

La diabetis pot presentar-se en diverses formes, com la diabetis mellitus tipus 1 (DM1), tipus 2 (DM2), gestacional i altres formes específiques associades a defectes genètics en la funció de la cèl·lula β o en l'acció de la insulina, malalties del pàncrees exocrí, endocrinopaties, infeccions, exposició a substàncies o fàrmacs, causes immunològiques o síndromes genètics relacionats amb la diabetis (Giné Bertomeu, 2020).

En aquest treball ens centrem en la DM1, considerada un problema de salut pública amb implicacions que van més enllà de l'àmbit estrictament biològic, afectant també les dimensions emocional, social i psicològica de les persones que hi conviuen. El seu maneig implica un seguiment constant que pot influir en la relació amb l'alimentació, amb el propi cos i amb la construcció de la identitat, especialment durant l'adolescència, etapa de vulnerabilitat emocional i corporal més elevada (Giné Bertomeu, 2020; Abild et al., 2024).

Es presenta amb més freqüència en nens, adolescents i joves. Els símptomes característics del diagnòstic es coneixen com les 4P: molta set (polidípsia), augment de l'apetit (polifàgia), pèrdua de pes i augment de la freqüència d'orinar (poliúria) (Aguilar Figueroa et al., 2023).

El tractament general es basa en la dieta, l'exercici i l'administració d'insulina, que implica un control estricte i continuat per prevenir complicacions futures. Aquest enfocament, marcat pel sistema biomèdic, posa l'èmfasi en la regulació de variables quantificables com el pes, la glicèmia i la dosificació d'insulina. Malgrat la seva importància, aquest model pot invisibilitzar el patiment psicològic i la vivència del cos per part de la persona amb DM1, especialment en l'adolescència (De la Natividad Seguí, R; et all, 2024).

Paral·lelament, els trastorns de la conducta alimentària (TCA) es defineixen com a alteracions greus relacionades amb la ingesta d'aliments associades a anomalies psicològiques, especialment freqüents durant l'adolescència (Hernández Rodríguez, J; 2020). A Espanya, els TCA apareixen majoritàriament en dones, amb una prevalença entre el 4,1% i el 6,4% en dones de 12 a 21 anys (Asociación TCA Aragón, 2020).

L'estudi de Navarro-Falcón (2020) mostra que les adolescents i dones joves amb DM1 tenen fins a 2,4 vegades més risc de desenvolupar un TCA comparades amb les no diabètiques, subratllant una clara relació entre la gestió de la malaltia i el malestar psicològic associat al control del pes i de la ingesta (Navarro-Falcón et al., 2020). S'estima que entre el 10 i el 30% de les dones amb DM1 desenvoluparan un TCA en algun moment, cosa que pot derivar en conductes de restricció alimentària, manipulació de dosi d'insulina o omissió d'administració (Dios E., Amuedo S., & Venegas E., 2023).

Això evidencia la necessitat d'un model assistencial que incorpori no només la dimensió metabòlica, sinó també l'emocional i psicosocial. En aquest punt, el rol de la infermeria és fonamental: és el col·lectiu sanitari més pròxim al pacient, i per tant és clau en la detecció precoç de conductes de risc, en l'acompanyament emocional i en la identificació de possibles TCA derivats del control estrictament biomèdic.

Per tot això, aquest treball pretén analitzar la relació entre la gestió biomèdica de la DM1 i el desenvolupament de TCA, i explorar quines estratègies infermeres poden contribuir a un abordatge més integral, preventiu i centrat en la persona com a ésser biològic, emocional i social.

2. Marc Conceptual

La DM1, també coneguda com a diabetis insulíndependent, juvenil o d'inici infantil —ja que apareix sovint en nens i persones menors de trenta anys— és una malaltia crònica autoimmune. Es caracteritza per la destrucció de les cèl·lules beta del pàncrees pels mecanismes d'autoimmunitat, fet que provoca un deteriorament de la secreció d'insulina, hormona fonamental per convertir la glucosa sanguínia en energia per a les cèl·lules (Yaule-Narvéz AM, 2025).

Actualment, es desconeix una causa concreta de la DM1. La Federació Espanyola de Diabetis (FEDE) manifesta que, la causa principal és la nul·la producció d'insulina. A més, el seu desenvolupament requereix la combinació de diversos factors:

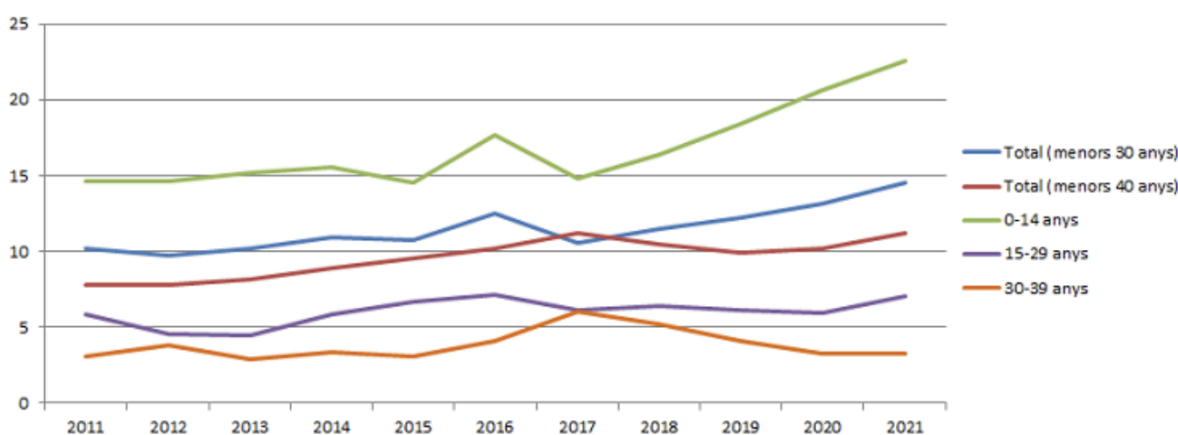
- Factor Genètic: implica que la malaltia es pot heretar dels pares, cosa que augmenta la predisposició de patir-la.
- Factors ambientals: l'alimentació, l'activitat física, la flora intestinal, les infeccions o la hipertensió poden augmentar o disminuir el risc de patir-la. També hi influeix el nivell educatiu, ja que una formació més baixa s'associa a un risc més elevat.
- Factor Autoimmune: es produeix quan determinats factors ambientals desencadenen una resposta alterada del sistema immune que lesiona el pàncrees i les cèl·lules encarregades de produir insulina (Armas Junco, L; 2022).

A escala mundial, la DM1 afecta 9 milions de persones, dels quals 1,5 milions són nens i nenes. Encara que les taxes varien segons la regió, l'edat i el sexe, el 49% dels casos es concentren en països amb un d'alt índex de població, com Austràlia, a causa del millor accés a l'atenció mèdica, que permet diagnosticar més casos que en la resta del món (D Mastrandrea, L; Quattrin, T i S K Walker, L; 2023).

Encara que aquest tipus de diabetis se sol donar en la infància o edat adulta primerenca, la pubertat és l'etapa en la qual es diagnostica més. A causa dels canvis fisiològics propis d'aquesta etapa, augmenta la demanda d'insulina i es pot accelerar la progressió de la malaltia (Ilonen, J; et all; 2023). A Espanya s'estima que en 2024, 189.078 persones patien DM1, de les quals 18.660 eren menors de dinou anys (International Diabetes Federation, 2024). Segons dades de l'Institut Nacional

d'Estadística i del Ministeri de Sanitat, l'any 2024, les comunitats autònomes amb una prevalença més alta de DM1 en termes percentuals van ser Cantàbria amb 1,60% de població amb DM1, Extremadura amb un 0,74% i Galícia amb un 0,69%. Mentre que Castella - la Manxa i Aragó se situen a la cola amb un 0,17% i un 0,15% respectivament (Fundació Diabetis Zero, 2024).

A Catalunya, l'Observatori del Sistema de Salut manifesta que després d'un estudi realitzat manifesta que entre 2011 i 2021, el grup de persones amb taxa més alta de diagnòstics de DM1 és el grup etari de 0-14 anys, continuat pels usuaris entre 15 i 29 anys i per últim els usuaris de 30-39 anys. Aquest estudi mostra una tendència d'augment amb el pas dels anys (Gencat, 2021).



Font: Gencat. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2021)

Segons un estudi, als països amb una incidència menor de DM1, com en els països mediterranis o asiàtics, la proporció tendeix a equilibrar-se o fins i tot és lleugerament superior en dones. Aquest fenomen ocorre per la interacció entre els factors ambientals amb els factors genètics i immunològics (Brox, N. 2026).

Les dones tenen una predisposició més elevada a les malalties autoimmunes, inclosa la DM1, a causa de la influència hormonal i la presència de gens del cromosoma X que poden augmentar l'activitat del sistema immunitari. Com a conseqüència, presenten nivells més elevats i persistents d'autoanticossos pancreàtics. En els homes, la resposta immunitària sol ser menys intensa. Tanmateix, la destrucció de les cèl·lules beta pot iniciar-se de manera més sobtada i progressar més ràpidament cap a la necessitat d'insulina en alguns casos (Brox, N. 2026).

El diagnòstic és fonamentalment clínic i s'ha de considerar en qualsevol nen o adolescent que presenti els símptomes típics: poliúria, polidípsia, gana exagerada i pèrdua de pes. També cal tenir en compte els criteris bioquímics establerts per l'Associació Americana de Diabetis (ADA), la Societat Internacional de Diabetis Pediàtrica i de l'Adolescent (ISPAD) i l'OMS (Aguilar Figueroa, E.S; et all. 2023).

Els criteris bioquímics inclouen:

1. Glicèmia plasmàtica en dejuni igual o superior a 126 mg/dL en dues proves diferents, després d'un dejuni mínim de 8 hores.
2. Glucosa plasmàtica aleatòria igual o superior a 200 mg/dL, juntament amb els símptomes clàssics (poliúria, polidípsia i pèrdua de pes).
3. Valor de glucèmia 2 hores després d'una prova de càrrega oral de glucosa superior a 200 mg/dL (administrant 1,75 g/kg fins a un màxim de 75g de glucosa).
4. Hemoglobina glicada (A1C) igual o superior al 6,5%.

La DM1 pot provocar alguns desequilibris com la hipoglucèmia i la hiperglucèmia. Es considera hipoglucèmia quan el nivell de glucosa és inferior a 60-70 mg/dL, mentre que es considerarà hiperglucèmia, quan el nivell de glucosa es troba per damunt de 250 mg/dL. Existeixen dos tipus d'hiperglucèmia: l'aguda, que requereix atenció mèdica per prevenir complicacions majors, i la crònica, que pot causar danys en la visió, els ronyons, els peus, el cor i el sistema nerviós (Cardoso, M; Ochoa, M i Reyes, V; 2016).

A causa d'aquesta destrucció de cèl·lules beta es considera una malaltia metabòlica crònica degenerativa, i, per la qual cosa requereix un bon tractament durant tota la vida, el qual es pot dividir en tractament farmacològic i no farmacològic.

1. Tractament farmacològic:

En la DM1, el tractament farmacològic es basa en l'administració d'insulina mitjançant xeringues, plomes o bombes, sent la via subcutània la més habitual. També existeix la insulina inhalada, una alternativa per aquelles que presenten dificultats amb les injeccions múltiples. No obstant això, a Europa el seu ús és limitat per l'escassa

experiència, la manca de dades de seguretat a llarg termini i les dificultats d'integració al sistema sanitari; per això, l'Agència Europea de Medicaments no l'ha autoritzada i només s'utilitza als Estats Units i al Brasil (Martínez García, A i Pérez Menéndez-Conde, C; 2025).

La persona ha de controlar regularment la glucosa mitjançant la punció del dit i l'ús de tires reactives amb glucòmetre, o bé amb dispositius de mesura de glucosa intersticial. Segons el nivell obtingut, s'administra la dosi necessària d'insulina al teixit subcutani - entre el greix i el múscul - perquè s'absorbeix de manera contínua al torrent sanguini. Les zones més habituals són la part externa dels braços, cuixes, abdomen i glutis, depenent del dispositiu i del tipus d'insulina. És recomanable alternar les zones d'injecció per evitar hematomes, edemes i atròfies (*Tesi "La inclusió de l'alumnat amb DM1 en l'àmbit escolar"*. Armas Junco, L.).

2. Tractament no farmacològic.

La dieta, l'activitat física i l'autocuidatge són els principals tractaments no farmacològics per millorar la qualitat de vida en la DM1. La dieta ha de ser equilibrada, variada i moderada per controlar la glucosa; cal mesurar-la abans de menjar, controlar els hidrats de carboni per ajustar la insulina i dividir el plat segons el Mètode del Plat. Segons l'ADA (2025), la meitat ha de ser de verdures baixes en midó, i l'altra meitat repartida en un quart d'hidrats de carboni i un quart de proteïnes (ADA, 2019).

L'exercici físic, segons l'OMS (2024), ajuda a prevenir i controlar malalties, millora la salut mental i afavoreix el creixement en joves. En persones amb DM1, millora la sensibilitat a la insulina, augmenta l'ús muscular de glucosa, controla el pes, redueix dosis d'insulina, prevé patologies com l'osteoporosi i alguns càncers, i disminueix ansietat i estrès. No obstant això, cal monitoritzar la glucosa abans, durant i després de l'activitat, adaptar la pauta d'insulina, assegurar l'aportació d'hidrats si cal i disposar de glucosa d'acció ràpida (ADA, 2019).

Segons la Teoria de Dorothea E. Orem, l'autocuidatge és una acció deliberada per mantenir la salut (Hernández Rodríguez, J., 2020). En la DM1 implica prendre decisions segons els nivells de glucosa i adoptar hàbits adequats: control glucèmic, alimentació saludable, exercici regular i administració correcta d'insulina (Armas Junco, L.; 2022).

Cal tenir en compte en l'etapa en què ens trobem, l'adolescència. En aquesta etapa es produeixen la major part dels canvis fisiològics i psicosocials, ja que és un període en què es construeix la identitat pròpia i es desenvolupa la percepció d'un mateix. Els adolescents no solen tenir presents les complicacions a llarg termini, per la qual cosa, sovint adopten conductes que transgredeixen les pautes del tractament de la DM1, com la no administració d'insulina de manera correcta. Per aquest motiu, és fonamental integrar la psicologia en els programes educatius, en el qual se li doni importància a la relació entre l'adolescent i la seva malaltia, per brindar-li noves estratègies per transitar-la de la millor manera possible, confrontar prejudicis socials i fomentar la vinculació amb les xarxes de suport, siguin associacions o la millora de les relacions familiars i socials (Olvera Martínez, 2023).

Una de les característiques que destaca en l'adolescència és la baixa autoestima i, en alguns casos, el diagnòstic de la DM1 fa que els pares adopten una actitud més permissiva i estableixen menys límits en relació amb el seguiment del tractament. No obstant això, aquest fet no afavoreix l'adherència al tractament per part de l'adolescent, sinó que pot dificultar-la, tot i que la família ha de mantenir un paper clau com a suport socioemocional per al pacient (Olvera Martínez, 2023).

En aquest context, la teoria de Meleis (2000) permet comprendre com la DM1 pot incrementar la vulnerabilitat en una etapa ja marcada per canvis intensos com l'adolescència, on tant la família com l'acompanyament professional són clau per facilitar una transició saludable, millorant l'afrontament, la motivació i l'adherència al tractament. Segons Schumacher i Meleis (1994), l'adolescència és un procés de transició influït tant per la dinàmica familiar com per la presència d'una malaltia, i la Teoria de les Transicions de Meleis (TTM) es fonamenta en la infermeria, la sociologia, l'interaccionisme simbòlic i la teoria del rol (Meleis et al., 2000).

Meleis explica que una transició no és només un període de vulnerabilitat física i emocional més elevada, sinó també un moment que pot afavorir el creixement i la transformació. En els/les adolescents, el tipus de transició i la manera com es desenvolupa estan profundament marcats per aquest canvi vital tan significatiu que és l'adolescència. A més, aquest procés pot veure's influït per la manera com s'organitza l'entorn. La TTM vincula l'estructura i les dinàmiques familiars amb els canvis que poden repercutir en la persona adolescent, sigui de forma directa o indirecta (Meleis et al., 2000).

El paper de la infermera és acompanyar a el/la pacient amb la seva presència, coneixement i disponibilitat al llarg de tot el procés de transició. Ajudar a prendre consciència que la necessitat de canvi constitueix una intervenció essencial en la pràctica infermera en salut mental, especialment tenint en compte les característiques del trastorn mental (Linardelli, M. F., 2015).

Segons la TTM, es poden identificar dos resultats: la recuperació, caracteritzada per la motivació, la capacitat d'anticipació, l'afrontament, la interacció, la sensació d'ubicació, així com el desenvolupament i la confiança. En canvi, la vulnerabilitat, en la qual predominen la manca de motivació, la postergació, l'evitació, una individualitat excessiva, la desorientació i el tancament amb desconfiança (Linardelli, M. F., 2015).

Davant la visió biologicista i de control que pot exercir el paradigma biomèdic, i que tendeix a reduir la persona a un cos objecte de mesura i regulació, trobem altres aproximacions més integradores de la salut. D'una banda, el model biopsicosocial considera que la malaltia s'articula entre els factors biològics, psicològics i socials. D'altra banda, la infermeria desenvolupa un model propi que posa la persona al centre i entén la salut com una experiència humana, no únicament fisiològica. Aquest model d'infermeria parteix de la humanització de les cures i es basa a estudiar el procés de salut en la seva trajectòria vital, atenent els factors causals, promovent la salut i responent a les necessitats individuals. Es dirigeix a la persona amb un sentit holístic, és a dir, integrant totes les dimensions del seu ésser: físic, emocional, social i cultural, i oferint una atenció centrada en la persona. La infermera actua com a acompanyant, facilitant el procés de cura, promovent l'autonomia, l'autoconeixement i afavorint relacions de confiança i respecte (Sarrió Colás, 2019).

El model des del qual es dissenya aquest control és fonamentalment biomèdic, centrat en indicadors biològics i metabòlics. El model biomèdic es caracteritza pel seu biologisme, individualisme, a-historicitat i a-sociabilitat, privilegia el cos quantificable per sobre de l'experiència subjectiva i social del pacient, i secundaritza els factors socials i culturals (Flores Garnica, Casas Patiño, Rodríguez Torres & Reyes Pérez, 2021) (Linardelli, 2015). Aquesta perspectiva genera un escenari on l'adolescent amb DM1 viu el seu cos com un camp de vigilància constant: què menja, quina quantitat, quanta insulina s'administra o quina activitat física realitza. Aquí és on es fa evident el que Foucault (1976) conceptualitza com a biopoder: un sistema en què les professions sanitàries, institucions mèdiques i prescripcions terapèutiques exerceixen un poder subtil de regulació sobre els cossos. El biopoder no opera com una imposició externa explícita, sinó com una autovigilància interioritzada: el mateix adolescent adopta el rol de controlador i jutge del seu cos, en un procés que pot derivar en relacions conflictives amb el menjar i amb ell mateix (Flores Garnica et al., 2021) (Linardelli, 2015).

Més enllà del control biomèdic del cos, diferents autors han analitzat també la vivència subjectiva i social de la malaltia.

Arthur Kleinman (1980) descriu els anomenats models explicatius, entesos com el conjunt d'idees que giren al voltant d'un episodi de malaltia i del seu tractament per part de totes les persones implicades en el procés clínic. Assenyala que, per comprendre adequadament el problema, cal conèixer totes les dimensions que formen part d'aquest procés. Considera el cos com una font generadora d'experiència i destaca com la malaltia transforma la manera en què la persona es percep a si mateixa i es relaciona amb el món. "No seria A. si no fos diabètica" (comunicació personal, 2026). Kleinman diferencia entre *disease*, referit a l'alteració biològica objectivable, i *illness*, relacionat amb la vivència subjectiva del patiment.

Posteriorment, Young (1982) introdueix l'anàlisi de les condicions en què es produeix la malaltia (historització), proposant investigar aspectes com les narratives del patiment, les concepcions sobre la malaltia, les dificultats en la comunicació clínica i la dimensió social en què tots aquests significats adquireixen sentit (incloent-hi les condicions socials de producció del coneixement biomèdic). A més, incorpora la dimensió social als models explicatius a través del concepte de *sickness*.

El concepte de *sickness* permet analitzar com la malaltia adquireix significat dins d'un marc cultural i institucional concret. No es tracta només del que passa al cos o de com la persona viu la malaltia, sinó també de com la societat la interpreta i regula a través de discursos mèdics, pràctiques clíniques i expectatives socials. En aquest sentit, el coneixement biomèdic no és neutre, sinó que es produeix en un context social determinat que estableix què es considera normal, patològic o desviat.

Aplicat a la DM1 en l'adolescència, el *disease* correspondria a l'alteració metabòlica; l'*illness*, a la vivència emocional i corporal del diagnòstic; i el *sickness* es manifestaria en les normes d'autocontrol, en les expectatives de responsabilitat i en les dinàmiques de vigilància que envolten el tractament. Així, la malaltia no només afecta el cos, sinó també la identitat i la manera com l'adolescent és percebut i es percep dins del seu entorn social.

En els sistemes sanitaris contemporanis, la *agency*¹ dels pacients sovint es veu limitada per la manera com les organitzacions i els professionals defineixen el seu rol dins del sistema sanitari. Tal com indica l'estudi sobre alfabetització en salut a Nova Zelanda, "el sistema sanitari construeix identitat i, per tant, *agency* per als pacients, a través de la forma en què els posiciona i de com els permet o limita posicionar-se a si mateixos" (Hunter, Franken & Balmer, 2015).

Els professionals biomèdics esperen que els pacients segueixin el seu rol i compleixin amb les directrius indicades, i quan aquests no poden assumir-lo, perden també la seva *agency*. Així, el sistema biomèdic, a través de l'estructura de la informació i de les interaccions clíniques, contribueix a limitar la capacitat dels pacients de prendre decisions sobre la gestió de la seva salut i de participar activament en la seva autocura (Hunter et al., 2015). Segons Goffman (1963), la malaltia pot entendre's no només com un fenomen biològic sinó també com una condició social que altera les expectatives i obligacions associades al rol de l'individu, situant la persona en una posició d'anormalitat dins de la interacció social. Aquesta percepció s'alinea amb la teoria del labeling, segons la qual la societat interpreta les desviacions de la norma com a defectes o desviacions morals. D'aquesta manera, l'entorn biomèdic, combinat amb les normes socials, reforça la idea que els pacients han de seguir estrictament les instruccions, limitant la seva autonomia i definint-los en termes de conformitat o desviació.

¹ *Agency*: capacitat d'acció dels individus en relació amb les estructures socials (Ahearn, 1999).

Des d'una perspectiva crítica, Eduardo L. Menéndez (1988) conceptualitza aquest predomini del biologisme a través del que denomina Model Mèdic Hegemònic (MMH), una categoria antropològica que descriu com la medicina científica s'ha consolidat com la forma dominant i legítima d'atendre la malaltia. Segons aquest autor, aquest model es caracteritza per una centralitat gairebé exclusiva del component biològic, així com per la seva a-historicitat i a-sociabilitat, deixant en un segon pla les dimensions socials i culturals que també configuren l'experiència de la malaltia.

Quan aquest control es realitza sense considerar les dimensions psicosocials i culturals, poden aparèixer conflictes interns i sentiments de rebuig. Des de la perspectiva infermera, aquest procés d'autocura no hauria de limitar-se a l'execució tècnica del control metabòlic, sinó que requereix una avaluació integral del benestar emocional i de la vivència corporal, així com atenció a possibles factors de vulnerabilitat que podrien indicar un risc emergent de trastorns de la conducta alimentària, especialment en el context de malalties cròniques com la diabetis, que poden condicionar els hàbits alimentaris i l'autocontrol. El tractament hauria de centrar-se en la persona, amb programes educatius estructurats i cura compartida entre pacient, família i equip de salut, evitant culpabilitzar, adaptant els missatges i promovent un llenguatge motivacional (Dios et al., 2023) (Matías-Córdova, Díaz-Gervasi, & Rojas-Vilca, 2019).

L'adolescència és una etapa especialment sensible, on el diagnòstic de DM1 pot afectar l'autoestima, la percepció d'independència i la imatge corporal. També es produeix un descens en l'adherència al tractament influït per la interacció amb els iguals, la recerca d'identitat i el rebuig a sentir-se "diferent" o "malalt". Els grups de suport entre adolescents amb DM1 poden reforçar el sentit de pertinença i millorar l'experiència de l'autocura (Matías-Córdova et al., 2019).

Els determinants socials de la salut (DSS), definits com els factors socials, econòmics, polítics i culturals que condicionen l'estat de salut i les oportunitats de cura de les persones —incloent-hi el nivell de renda, educació, suport familiar i comunitari, accés a recursos alimentaris i sanitaris i entorn sociocultural— són fonamentals en la gestió de la diabetis.

La DM no és només un fenomen biològic, sinó que està condicionada per factors socials, econòmics, culturals i polítics. L'alimentació és un exemple clar: les persones amb menys recursos poden veure's limitades a menjar per supervivència, mentre que les persones amb més recursos poden accedir a una dieta variada i plaent. A més, la dieta prescrita des de la biomedicina sovint es percep com un càstig, generant rebuig emocional i resistència al tractament (Balbaneda Palau, 2024), (Flores Garnica et al., 2021). Els DSS influeixen també en els hàbits saludables, l'accés a serveis, la informació sanitària i la qualitat de vida del col·lectiu, evidenciant desigualtats i vulnerabilitat social (Flores Garnica et al., 2021). Així, la comprensió de la diabetis requereix analitzar no només el cos que metabolitza glucosa, sinó el context que determina què pot comprar, què pot menjar i com viu la seva malaltia.

L'autoimatge és la percepció subjectiva que l'adolescent té del seu propi cos, formada per idees, sentiments i prejudicis modelats per la societat i la cultura, incloent-hi components perceptius, cognitiu-afectius i conductuals (Monroy Romero, Velázquez García & Galindo Barrera, 2019). En adolescents amb DM1, el control estricte de la glucèmia i els factors socials i familiars poden afectar negativament aquesta percepció, incrementant el risc de trastorns de la conducta alimentària. Diversos factors poden influir en la seva aparició: antecedents de trastorns de salut mental, diagnòstic i aprenentatge de l'autocura, processos d'afrontament, etapes de transició, evolució de la malaltia, inici de complicacions, impacte de l'envelliment, gènere, ètnia, grup social, estatus socioeconòmic, accessibilitat a serveis i informació de salut, i dinàmica familiar.

El tractament dels TCA ha de ser multidimensional, combinant intervencions farmacològiques, psicoterapèutiques, educatives i familiars, amb l'objectiu de restaurar l'alimentació, la imatge corporal, l'autoestima i el control glucèmic. La prevenció és essencial, amb equips multidisciplinarls que apliquin un enfocament biopsicosocial, educatiu i participatiu, detectant precoçment pacients en risc i proporcionant suport familiar (Matías-Córdova et al., 2019) (Hernández Rodríguez, J., 2020).

Els TCA són difícils de detectar amb persones en DM1, ja que existeix infradiagnòstic derivat de la baixa percepció de la malaltia, el temps limitat en consulta i la dificultat d'identificar signes primerencs. Les eines de cribratge específiques, com DEPS-R, SCOFF o YEDEQ, estan adaptades a persones amb DM1, per prevenir complicacions i iniciar tractaments integrals de manera precoç (Balbaneda Palau, 2024). En aquest

sentit, les infermeres, pel seu contacte continu i relacional amb el pacient, són essencials per identificar canvis subtils de conducta alimentària, verbalitzacions d'angoixa i possibles patrons de risc.

Finalment, l'educació en diabetis ha de ser multidimensional, integrant perspectives biològiques, psicològiques i socials, fomentant l'autocura i creant suport familiar i comunitari. L'enfocament ha de ser participatiu i adaptat a la realitat social i cultural de cada pacient, evitant que el control mèdic es percep com un límit, un càstig o una imposició aliena (Flores Garnica et al., 2021). D'aquesta manera, es pot transformar el control en acompanyament, l'obediència en autoconeixement i la disciplina en autonomia.

Quan aquest control es realitza sota el model biomèdic hegemònic, centrat principalment en indicadors biològics i metabòlics, l'adolescent amb DM1 pot experimentar una autovigilància constant del seu cos, sentint la malaltia com una càrrega i generant ansietat, estrès i preocupació per la imatge corporal (Flores Garnica et al., 2021; Linardelli, 2015). Aquesta exigència diària, combinada amb els factors psicosocials i familiars, pot afavorir l'aparició de trastorns de la conducta alimentària (TCA), com la diabolímia, en què la manipulació de la insulina es converteix en una estratègia per controlar el pes.

Els TCA són pertorbacions de la salut mental caracteritzat per un comportament anòmal enfront de la ingesta alimentària i una obsessió pel control del pes corporal, acompanyat de la distorsió de la percepció de la imatge corporal. De la mateixa manera que per desenvolupar DM1 hi ha una combinació d'una sèrie de factors, per desenvolupar TCA també es combinen factors genètics, biològics, psicològics, socials i culturals, en els quals destaquen: l'estrès, els períodes de crisis, els successos adversos i la dieta restrictiva. Per la qual cosa, el TCA té una etiologia multifactorial (Hernández Rodríguez, J; 2020).

Segons Newtral (2022), en els últims anys l'edat mitjana d'inici d'un TCA és d'uns dotze anys. A més, s'estima que un de cada vint adolescents presenta algun tipus de TCA, i la majoria dels casos corresponen a dones, representant nou de cada deu persones afectades (Real. A, 2022). Encara que els TCA poden aparèixer en ambdós sexes, són 2,5 vegades més freqüents en dones, a causa de factors biològics i

socioculturals. Pel que fa als factors biològics, les hormones ovàriques contribueixen a una freqüència més elevada dels trastorns de la conducta alimentària en les dones. Durant la pubertat, els estrògens intervenen en el desenvolupament cerebral i en els circuits que regulen la ingesta i la recompensa, mentre que la progesterona pot afavorir episodis d'abús alimentari en determinats moments hormonals. A més l'exposició hormonal prenatal pot augmentar el risc de desenvolupar anorèxia en l'edat adulta. (Culbert, K. M et al; 2021). Quant als factors socioculturals, la pressió sobre la imatge corporal i la idealització de la primesa, reforçada pels mitjans amb estàndards irrealment, incrementen la insatisfacció corporal i la interiorització d'aquest ideal, afavorint conductes alimentàries patològiques.

En aquest context, la cosificació sexual interpersonal actua com un factor sociocultural clau. Es tracta de reduir la dona al seu cos o a parts d'aquest, minimitzant els seus atributs interns i provocant que moltes dones interioritzin la mirada externa sobre el seu cos, en un fenomen conegut com a autocosificació (Sáez, Valor-Segura i Expósito, 2012).

L'autocosificació comporta una vigilància constant de l'aparença física i pot generar ansietat, vergonya i insatisfacció corporal, reforçant la pressió per complir ideals estètics i afavorint conductes com la restricció o l'abús alimentari. La combinació de vulnerabilitat biològica i pressió social explica la prevalença més gran dels TCA en dones (Ciborska, J et al; 2021).

A Espanya, la prevalença oscil·la entre el 4,1% i el 6,4% en dones de 12 a 21 anys, davant del 0,3% en homes (SEMG, 2018). D'acord amb l'Associació de TCA d'Aragó (2024), el 94% dels afectats són dones d'entre 12 i 36 anys, tot i que cada cop es registren més casos en homes i en persones de més edat (Associació TCA Aragó, 2020).

Segons la Fundació FITA, a Espanya al voltant de 400.000 persones pateixen un TCA, i s'espera que aquesta xifra augmenti un 12% en els pròxims 12 anys (FITA, 2023). Es calcula que un 21% de les estudiants universitàries i un 15% dels homes universitaris estan en risc de desenvolupar un TCA (Roldán Herrero, 2025). En adolescents, els TCA es troben entre les tres malalties cròniques més comunes (SEMG, 2018).

Encara que existeixen molt tipus de TCA, els principals són l'anorèxia nerviosa, la bulímia nerviosa i els trastorns alimentaris per ingesta compulsiva (DSM-5).

El nostre treball, es focalitzarà en la diabulímia, un trastorn que afecta exclusivament persones amb DM. El terme deriva de "diabetis" i "bulímia", i es caracteritza per la reducció o supressió de les dosis d'insulina per evitar augmentar de pes, sovint com a resposta compensatòria després d'una atraconada. Aquesta conducta provoca hiperglicèmia, que elimina glucosa per l'orina, impedeix l'ús correcte de l'energia i obliga el cos a recórrer a greixos i proteïnes, derivat en pèrdua de pes i altres conseqüències a curt, mitjà i llarg termini (Fatin Kinik, M; Volkan Gönüllü, F; Karakaya i Vatansever, Z; 2017).

La convivència amb la DM1 comporta exigències físiques i emocionals que poden afectar la relació amb el menjar, la imatge corporal i l'autogestió de la salut. Factors com el control glucèmic estricte, l'ús d'insulina i la pressió social en l'adolescència poden augmentar el risc de TCA. Els professionals han de sospitar un TCA quan hi ha hiperglucèmies freqüents, variacions de pes, poc monitoratge de la glucosa, augment injustificat de l'HbA1c, canvis de conducta (aïllament, hàbits alimentaris irregular, ús inadequat d'insulina) o preocupació excessiva pel pes, així com ansietat, depressió i imatge corporal distorsionada (Hernández Rodríguez, J; 2020).

Les preocupacions per l'aparença física, la necessitat d'acceptació social i la pèrdua d'autonomia, especialment durant la pubertat, combinades amb l'estrès del control diari de la DM1 (dieta, exercici, medicació, monitoratge de glucosa i prevenció d'hipoglucèmies), augmenten el risc de TCA. Això pot conduir a episodis d'ingesta excessiva i a la reducció o omissió de la insulina (diabulímia) com a estratègia per evitar guanyar pes en lloc d'utilitzar mètodes saludables (Hernández Rodríguez, J; 2020).

3. Objectius.

Objectiu general: Analitzar la influència del control biomèdic de la DM1 en adolescents en el desenvolupament de TCA.

Objectius específics:

- Identificar aquelles conductes alimentàries alterades en adolescents amb DM1 i els factors associats que siguin susceptibles de detecció i prevenció precoç.
- Analitzar la influència social sobre la imatge corporal i el pes entre els adolescents amb DM1.
- Reconèixer l'impacte emocional del maneig de la DM1.
- Valorar el paper de l'educació sanitària i l'autocura en persones amb DM1, destacant el paper central de la infermeria.

4. Pregunta d'investigació

La pregunta d'investigació en format PICO és: “*En pacients adolescents amb Diabetis Mellitus Tipus 1, com influeix l'estricta control per part del personal mèdic i infermer, en comparació amb un control centrat en la persona, en el risc de desenvolupar trastorns de la conducta alimentària?*”

La pregunta PICO d'aquesta revisió bibliogràfica desglossada quedaria de la següent manera:

- P (població): tipus de pacient.
 - *Adolescents amb Diabetis Mellitus Tipus 1.*
- I (intervenció): intervenció que s'està avaluant.
 - *Estricta control per part del personal mèdic i infermer.*
- C (comparació): comparació amb la intervenció.
 - *Control centrat en la persona.*
- O (outcome o resultats): resultats esperats.
 - *Desenvolupament de trastorns de la conducta alimentària.*

5. Metodologia

Aquest treball correspon a una revisió bibliogràfica narrativa.

La recerca bibliogràfica es va realitzar des d'octubre de 2025 fins a gener de 2026 i s'han consultat recursos digitals com revistes electròniques i articles en bases de dades. Les principals bases de dades utilitzades han sigut:

- PubMed
- Google Acadèmic
- Dialnet
- CINAHL

En una primera fase de cerca es van consultar altres bases de dades, però no es van obtenir resultats pertinents o bé els articles no s'ajustaven als objectius del treball. Per aquest motiu, vam optar per centrar-nos en aquelles fonts que oferien més producció científica relacionada amb l'àmbit sanitari i, concretament, amb la disciplina infermera.

PubMed es va seleccionar per ser una de les principals bases de dades biomèdiques a escala internacional, amb accés a articles revisats per parells i indexats en revistes d'alt impacte. La seva estructura basada en descriptors (MeSH) permet realitzar cerques precises i sistemàtiques, fet que aporta rigor metodològic al treball.

CINAHL es va incloure per la seva especialització en infermeria i disciplines afins. Aquesta base de dades és especialment rellevant per a estudis centrats en la pràctica infermera, intervencions assistencials, cures i experiència del pacient, aspectes directament relacionats amb el nostre àmbit professional.

Google Acadèmic es va utilitzar com a eina complementària amb l'objectiu d'ampliar la cerca i detectar literatura que, tot i tenir base científica, podria no estar indexada en altres bases de dades. La seva amplitud facilita la localització de treballs acadèmics, tesis i publicacions que contribueixen a obtenir articles per als resultats.

Finalment, Dialnet es va incorporar per accedir a producció científica en llengua castellana i de l'àmbit iberoamericà, que permet contextualitzar el tema dins d'un entorn més proper i ampliar la diversitat de perspectives.

Les paraules claus emprades per a realitzar la revisió bibliogràfica han sigut Diabetis Mellitus Tipus 1, Adolescència, Biopoder, Trastorn Alimentari i Autoimatge.

El criteri de búsqueda en les bases de dades ha sigut lliure, utilitzant l'operador booleà "AND" i "OR".

Taula 1. Equacions de cerca

ANGLÈS	CASTELLÀ
Pubmed	
Diabetis Mellitus, Type 1 AND Feeding and Eating Disorders AND Medical Control AND Adolescent AND Self Concept	Diabetes Mellitus Tipo 1 AND Alimentación y Trastornos Alimentarios AND Control Médico AND Adolescente AND Autoimagen
Google Acadèmic	
Diabetis Mellitus, Type 1 AND Feeding and Eating Disorders OR Eating Disorders AND Biopower AND Adolescent AND Self Concept	Diabetes Mellitus Tipo 1 AND Alimentación y Trastornos Alimentarios O Trastornos Alimentarios AND Biopoder AND Adolescente AND Autoimagen
Dialnet	
Diabetes AND eating	Diabetes AND alimentación
CINAHL	
Diabetes type 1 OR diabetes mellitus type 1 OR diabetes 1) AND (eating disorders OR anorexia OR bulimia OR disordered eating)	Diabetes tipo 1 O diabetes mellitus tipo 1 O diabetes 1) AND (trastornos de la conducta alimentaria O anorexia O bulimia O alimentación desordenada

Les equacions de cerca es van haver d'adaptar de manera específica a cada base de dades, ja que cadascuna presenta una estructura pròpia, una programació diferent i uns criteris d'indexació particulars. No totes les plataformes accepten el mateix nivell de complexitat en les combinacions booleanes ni gestionen els termes de la mateixa manera. Per aquest motiu, vam haver de personalitzar les estratègies de cerca per tal

d'obtenir resultats pertinents i ajustats als objectius del treball.

A més, es van utilitzar dos idiomes: anglès i castellà, amb la finalitat d'ampliar la cerca bibliogràfica i evitar la pèrdua d'evidència rellevant publicada en diferents contextos científics.

A PubMed i CINAHL, que són bases de dades més estructurades i especialitzades en l'àmbit sanitari i infermer, es van fer servir equacions més completes i amb diversos sinònims combinats amb operadors AND i OR per afinar la cerca.

En canvi, a Google Acadèmic es va flexibilitzar l'estratègia per ampliar resultats, ja que el seu sistema és menys controlat i més ampli. A Dialnet, la cerca es va simplificar perquè la plataforma no sempre admet combinacions tan complexes, prioritzant termes més generals.

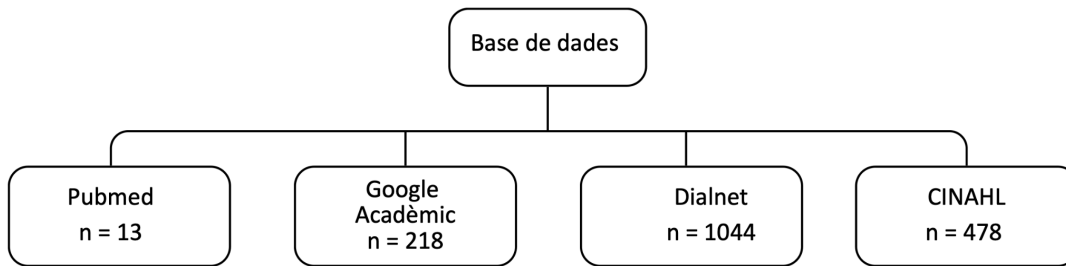
Els criteris d'inclusió i exclusió per a la selecció dels articles una vegada realitzada la primera cerca han estat els següents:

Taula 2. *Criteris d'inclusió i exclusió*

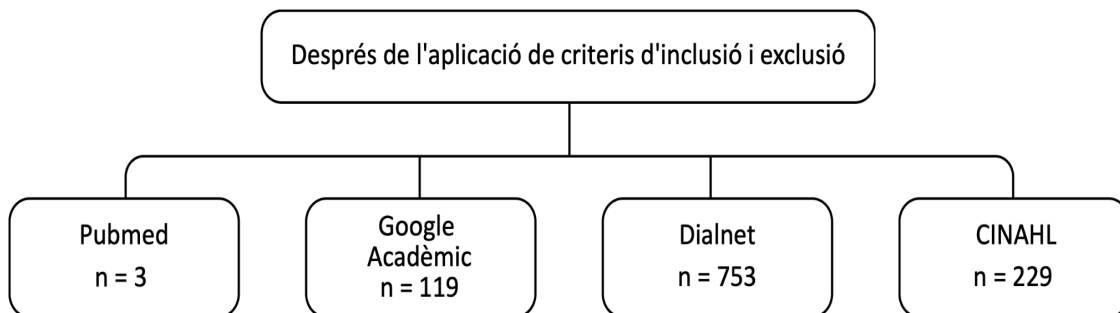
Criteris inclusió	Criteris exclusió
Articles publicats en castellà i anglès.	Articles publicats en idiomes diferents del castellà i l'anglès.
Articles publicats des del 2016 fins al 2026.	Articles publicats abans del 2016.
Articles a text complet i d'accés lliure.	Articles no disponibles a text complet i accés limitat i restringits per pagament.
	Articles que no provenen de fonts científiques o acadèmiques validades.

A continuació es presenta el procediment de selecció dels articles mitjançant un diagrama de flux.

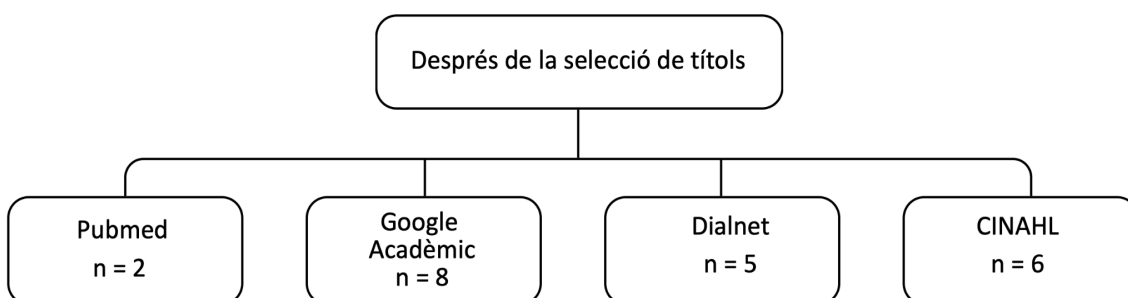
En primer lloc, es va dur a terme una cerca exhaustiva mitjançant les equacions de cerca a les bases de dades PubMed, Google Acadèmic, Dialnet i CINAHL, atesa la seva rellevància en l'àmbit científic i sanitari. La selecció d'aquestes fonts va permetre accedir a literatura especialitzada, actualitzada i de qualitat, pertinent per als objectius del present estudi.



A continuació, es van establir criteris d'inclusió i d'exclusió amb la finalitat de delimitar la mostra d'estudi i garantir la coherència metodològica de la revisió. Aquests criteris van permetre seleccionar únicament aquells articles que complien els requisits definits, tot descartant els treballs que no s'ajustaven a l'objecte d'anàlisi.

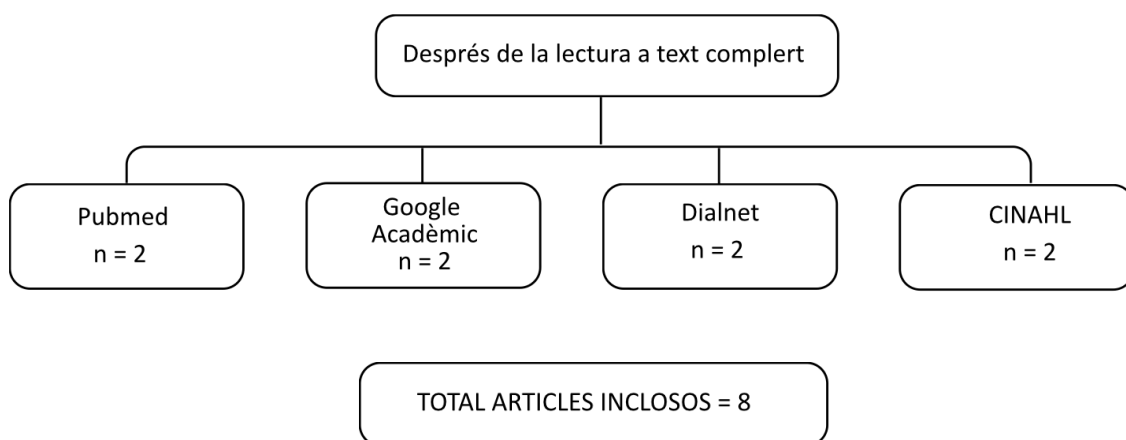


Després de la lectura dels títols dels articles identificats en la cerca inicial, es va realitzar una primera selecció basada en la seva rellevància respecte als objectius de l'estudi. Aquesta revisió preliminar va permetre descartar aquells treballs que no s'ajustaven a la temàtica establerta. Com a resultat d'aquest procés, es van seleccionar els següents articles per una revisió més detallada.



Posteriorment, es va procedir a la lectura completa dels articles seleccionats amb l'objectiu d'analitzar-ne el contingut en profunditat. Aquesta anàlisi exhaustiva va permetre comprovar el compliment dels criteris d'inclusió i la qualitat metodològica dels

estudis. Finalment, es van incloure huit textos en la mostra definitiva per a l'elaboració del treball.



Gràfic 1. Diagrama de flux segons PRISMA

6. Resultats

Taula 3. Articles seleccionats

TÍTOL, AUTOR, ANY	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS
<p>“Disturbed eating behavior in pre-teen and teenager girls and boys with type 1 diabetes”</p> <p>DOI: 10.23750/abm.v89i4.7738</p> <p>Autors: (Peducci et al. 2019)</p> <p>Any: 2019</p>	<p>Investigar la presència de conductes alimentàries alterades i patrons d'alimentació en preadolescents i adolescents amb DM1, segons sexe i edat.</p>	<p>Estudi observacional, transversal i descriptiu.</p> <p>Població: 85 pacients amb DM1, entre 8 i 14 anys, 60% dones i 40% homes.</p> <p>Críteris: Diagnòstic de DM1 fa més d'un any.</p> <p>Tractament amb múltiples dosis d'insulina.</p>	<p>El 50,5% dels participants va presentar conductes alimentàries alterades, especialment dones amb sobrepès. Les més freqüents van ser les atraconades i l'omissió o reducció de la insulina, associades principalment a la preocupació per la forma corporal i el pes. Aquests resultats indiquen que les conductes alimentàries alterades són freqüents en adolescents amb DM1 i que l'omissió de la insulina i les atraconades poden actuar com a senyals d'alerta relacionades amb la insatisfacció corporal i el malestar psicològic, fet que destaca la importància de la detecció precoç i l'avaluació psicològica.</p>

<p>“Effects of Body Image and Self-Concept on the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review”</p> <p>DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare13121425</p> <p>Autors: (Garrido-Bueno et al., 2025)</p> <p>Any: 2025</p>	<p>Analitzar com la imatge corporal i l'autoconcepte afecten el control de la DM1 en adolescents i adults joves, incloent-hi adherència, control glucèmic i benestar, amb diferències per gènere.</p>	<p>Revisió sistemàtica.</p> <p>Població: 25 estudis amb adolescents (13-18 anys) i adults joves (19-24 anys) amb DM1, de països variats, i d'ambdós sexes, amb èmfasis en dones.</p>	<p>La insatisfacció corporal s'associa amb conductes alimentàries desordenades i amb un pitjor control glucèmic. L'autoconcepte negatiu, l'estrès relacionat amb la diabetis i els problemes d'identitat dificulten l'adherència al tractament i l'adaptació psicològica. Les dones tenen un risc més elevat de conductes alimentàries de risc i manipulació de la insulina, fet que mostra la necessitat d'intervencions psicoemocionals centrades en la imatge corporal, l'autoconcepte, l'acceptació de la malaltia i la perspectiva de gènere.</p>
<p>“Eating – Disordered Behaviour in Adolescents with Type 1 Diabetes”</p> <p>Enllaç: http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.09.011</p>	<p>L'objectiu d'aquest article és avaluar els comportaments alimentaris disfuncionals en aquells adolescents amb DM1 segons el seu pes desitjat.</p> <p>També analitza l'autoestima, ansietat física i social, i la qualitat de vida.</p>	<p>Estudi observacional transversal, quantitatiu i descriptiu.</p> <p>Població: Conjunt de 70 adolescents amb DM1 que pertanyen a una associació portuguesa de diabetis.</p>	<p>Els adolescents amb DM1 que volien perdre pes, sobretot noies, mostraven més conductes alimentàries de risc, major preocupació pel cos i l'alimentació, més ansietat, pitjor autoestima i menor qualitat de vida. Aquests factors augmenten el risc de</p>

<p>Autors: (Gonçalves et al., 2016)</p> <p>Any: 2016</p>	<p>L'article busca identificar predictors de conductes alimentàries alterades.</p> <p>El seu propòsit final és millorar la comprensió per prevenir trastorns alimentaris en els adolescents.</p>	<p>L'edat mitjana és de 15,71 anys, amb edats entre 12 i 19 anys.</p> <p>46 participants van ser dones.</p>	<p>trastorns alimentaris, per això les intervencions s'han de centrar en la imatge corporal i el benestar psicològic per prevenir problemes i complicacions relacionades amb la diabetis.</p>
<p>“The lived experience of young adults emotionally labouring with type 1 diabetes: Findings of an interpretive phenomenological study”</p> <p>Enllaç: https://doi.org/10.1016/j.hctj.2024.100061</p> <p>Autors: (Jocic et al., 2024)</p> <p>Any: 2024</p>	<p>L'objectiu principal és explorar i comprendre l'experiència viscuda dels adults joves (18-30 anys) que realitza un “treball emocional” (emotional labour) per a gestionar les demandes diàries de la DM1. Busca entendre com gestionen els seus sentiments i expressions per complir amb les tasques necessàries de la seva condició.</p>	<p>Estudi de metodologia qualitativa, específicament utilitza l'anàlisi fenomenològic interpretatiu (IPA).</p> <p>Població: Consta de 7 adults joves (18-30 anys) diagnosticats amb DM1.</p>	<p>Els participants van descriure una gran càrrega emocional relacionada amb el maneig de la DM1, amagant sovint la frustració i el cansament per aparentar control. També sentien que els nivells de glucosa definien el seu èxit o fracàs personal. Això demostra que la DM1 implica un esforç emocional i mental important que sovint no és reconegut, per la qual cosa els professionals sanitaris haurien de tenir en compte aquesta càrrega per prevenir el distrés associat a la diabetis.</p>

<p>“Eating Disorders and Disordered Eating Symptoms in Adolescents with Type 1 diabetes.”</p> <p>Enllaç: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28825608/</p> <p>Autors: (Toni et al., 2017)</p> <p>Any: 2017</p>	<p>L'objectiu d'aquest article és revisar el coneixement existent sobre la rellevància clínica dels trastorns de la conducta alimentària (TCA) i dels símptomes de conducta alimentària desordenada (SCAD) en adolescents amb diabetis mellitus tipus 1 (DM1), així com descriure els principals factors de risc, les eines de cribatge i les estratègies preventives i terapèutiques per reduir-ne l'impacte sobre l'evolució de la malaltia.</p>	<p>Revisió narrativa de la literatura científica.</p> <p>Població: No s'aplica, ja que es tracta d'una revisió d'estudis previs publicats sobre adolescents amb DM1, sense una mostra pròpia.</p>	<p>Els adolescents amb DM1 tenen més risc de desenvolupar TCA i SCAD, especialment les noies amb insatisfacció corporal, sobrepès, poca adherència al tractament i poc suport familiar. Aquestes conductes empitjoren el control metabòlic i augmenten les complicacions i la mortalitat. La vergonya, la culpa i la pressió pel pes poden afavorir conductes de risc, mentre que el suport familiar i sanitari actua com a protecció. Per això, és important fer un cribatge precoç i aplicar un abordatge multidisciplinari i biopsicosocial.</p>
<p>“Mechanisms underlying the development of eating disorders and disordered eating in adolescent females with type 1 diabetes”</p>	<p>L'estudi té com a objectiu analitzar les experiències d'adolescents amb DM1 que presenten trastorns o conductes alimentàries desordenades, i crear un model biopsicosocial que expliqui com es desenvolupen aquests trastorns</p>	<p>Estudi qualitatiu amb entrevistes semiestructurades i anàlisi temàtica reflexiva.</p> <p>Població: 14 adolescents de sexe femení, d'entre 14 i 18 anys, amb</p>	<p>L'adolescència amb DM1 és una etapa d'alt risc per desenvolupar trastorns alimentaris, influïts per factors físics, emocionals i socials. La vergonya, la culpa i els comentaris sobre el pes poden afavorir aquestes conductes,</p>

<p>Enllaç: https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1111/dme.15397</p> <p>Autors: (Abild et al., 2024)</p> <p>Any: 2024</p>	<p>durant l'adolescència. També busca aportar informació útil per millorar la prevenció i les estratègies clíniques i comunicatives en aquest grup vulnerable.</p>	<p>diabetis mellitus tipus 1 i presència de TCA o conducta alimentària desordenada, reclutades en clíniques pediàtriques de DM1.</p>	<p>mentre que el suport familiar, els professionals sanitaris i l'acceptació de la malaltia actuen com a factors protectors. Per això, es proposa un model biopsicosocial específic per millorar la prevenció i la intervenció clínica en adolescents amb DM1.</p>
<p>“Manejo de la diabetes mellitus.”</p> <p>Enllaç: https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=10506755</p> <p>Autors: (Raya et al., 2025)</p> <p>Any: 2025</p>	<p>Analitzar la importància del control de la diabetis mellitus i la prevenció de complicacions.</p> <p>Destacar el paper de la infermeria en la promoció d'estils de vida saludables i l'autocura.</p>	<p>Revisió bibliogràfica / treball de síntesi i educació sanitària.</p> <p>Població: No aplica com a estudi experimental; el text és una revisió bibliogràfica i reflexió sobre la pràctica infermera en pacients amb diabetis mellitus</p>	<p>La diabetis mellitus és una malaltia crònica amb risc elevat de complicacions, especialment en pacients amb mals hàbits de vida i menor nivell educatiu, que solen presentar un pitjor control glucèmic. Els programes d'educació i autocura milloren l'adhesió al tractament, els hàbits saludables i la qualitat de vida dels pacients. En aquest context, la infermeria té un paper fonamental en la promoció de la salut, l'educació sanitària, el seguiment individualitzat i la prevenció de complicacions.</p>

<p>“La alimentación como régimen terapéutico: un análisis de los imaginarios de salud y alimentación saludable en personas que padecen diabetes”</p> <p>Autors:(Gómez et al., 2017)</p> <p>Any: 2017</p>	<p>Analitzar percepció de les persones diabètiques sobre l'alimentació i la seva relació amb la salut.</p> <p>Comprendre com els imaginaris de salut i alimentació influeixen en l'adhesió al tractament.</p> <p>Reflexionar sobre el paper de la infermeria en educació sanitària i autocura. Explorar la tensió entre alimentació com a plaer i com a teràpia.</p>	<p>Investigació qualitativa amb enfocament. Mètodes: entrevistes semiestructurades, observació sistematitzada i revisió bibliogràfica.</p> <p>Població: Persones amb diabetes tipus I i II entrevistades.</p> <p>Revisió bibliogràfica de 19 estudis qualitius sobre alimentació i diabetes (d'un total de 725 resultats).</p>	<p>Els pacients amb diabetes sovint perceben la dieta com una imposició, especialment quan no s'adapta als seus gustos i ritme de vida. Les dietes basades en racions o intercanvis de carbohidrats milloren la flexibilitat i la satisfacció, tot i que requereixen educació i seguiment. També persisteixen mites sobre aliments “miracle” o productes “per a diabètics”, que poden dificultar el control glucèmic. Aquests resultats mostren que l'alimentació terapèutica ha de combinar salut i qualitat de vida, i que la infermeria té un paper clau en adaptar l'educació sanitària i fomentar l'autonomia del pacient.</p>
---	--	---	---

7. Discussió.

La present revisió posa de manifest que la diabetis mellitus tipus 1 en l'adolescència no sols implica un desafiament biomèdic, sinó també una experiència complexa que abasta dimensions emocionals, psicològiques i socials. Els resultats dels articles analitzats evidencien que el control biomèdic estricte, encara que imprescindible per a prevenir complicacions metabòliques, pot influir significativament en el desenvolupament de trastorns de la conducta alimentària (TCA), així com en l'aparició de conductes alimentàries alterades i dificultats en l'adaptació psicològica dels adolescents (Toni et al., 2017). En aquest sentit, segons Abild et al. (2024), que els adolescents amb DM1 presenten un risc entre dues i tres vegades superior de desenvolupar TCA en comparació amb la població general, la qual cosa reforça la rellevància clínica del problema. Aquestes troballes s'alineen amb l'objectiu general del treball, que pretén analitzar la influència del control biomèdic de la DM1 en el desenvolupament de TCA, així com explorar estratègies infermeres que promouen una atenció integral centrada en la persona (Abild et al., 2024).

En aquest sentit, els resultats observats per Toni et al. (2017) i Abild et al. (2024) no només confirmen la relació entre DM1 i TCA, sinó que també suggereixen que aquesta relació està mediada per factors contextuais i estructurals, més enllà de la pròpia malaltia, com el model assistencial utilitzat i les dinàmiques de control establertes.

Els estudis de Peducci et al. (2024), Fagundo Rivera et al. (2025), Gonçalves et al. (2016), Jovic et al. 2024, Toni et al. (2017) i Abild et al. (2024) coincideixen que l'adolescència constitueix una etapa especialment vulnerable. Aquesta vulnerabilitat pot interpretar-se també des de la Teoria de les Transicions de Meleis, ja que l'adolescent amb DM1 es troba en una doble transició: la pròpia de l'etapa vital i la derivada de la convivència amb una malaltia crònica, incrementant així la seva fragilitat emocional i la dificultat d'adaptació (Meleis, 2000; Linardelli, 2015). Caracteritzada per canvis físics, emocionals i socials que, combinats amb les exigències del tractament de la DM1, poden augmentar el risc de desenvolupar conductes alimentàries disfuncionals. Segons Jovic et al. 2024 i Abild et al. (2024), la necessitat constant de monitoratge, el control de l'alimentació, el comptatge d'hidrats de carboni, l'administració d'insulina i la vigilància contínua dels nivells glucèmics generen una focalització constant en l'alimentació i el cos, afavorint pensaments obsessius, conductes de control rígid i sentiments de culpa associats a la ingesta. En alguns

casos, els adolescents arriben a percebre que el dejuni o la restricció alimentària milloren els seus nivells glucèmics, la qual cosa pot reforçar aquestes conductes en interpretar-se com a “èxits” en el control de la malaltia (Abild et al., 2024) (Jocic, A., et al. 2024).

En aquest sentit, l'estudi analitzat *“The lived experience of young adults emotionally labouring with diabetes: Findings of an interpretive phenomenological study”* mostra que molts adolescents perceben la DM1 com una font constant d'estrès emocional. La necessitat de prendre decisions contínues sobre l'alimentació, el control glucèmic i l'activitat física genera un desgast emocional significatiu, que pot derivar en conductes compensatòries o desadaptatives (Jocic, A., et al. 2024). Segons Abild et al. (2024), alguns adolescents manifesten sentiments de culpa quan no aconsegueixen els objectius glucèmics establerts, la qual cosa pot afavorir l'aparició d'una relació negativa amb l'alimentació i amb el seu propi cos. Aquest fenomen s'amplia amb el concepte de “treball emocional”, que descriu l'esforç constant que realitzen els adolescents per a gestionar emocions com la vergonya, la frustració o la sensació de ser diferents, integrant la malaltia en la seva vida quotidiana (Abild et al., 2024). Aquest fenomen es pot comprendre a través de la distinció entre disease, illness i sickness, ja que mentre el sistema sanitari se centra en la dimensió biològica, l'adolescent viu la malaltia com una experiència emocional i social complexa (Kleinman, 1980; Young, 1982).

A més, Abild et al. (2024) destaquen que la percepció de vigilància constant per part de l'entorn sanitari i familiar pot intensificar la pressió emocional. Aquesta sensació de vigilància pot interpretar-se des del concepte de biopoder, on el control extern acaba interioritzant-se en forma d'autovigilància. Aquest fenomen es veu reforçat per l'ús de tecnologies de monitoratge continu, que exposen constantment dades sobre glucèmia, pes o alimentació, generant sentiments de judici, vergonya i inadequació quan no s'aconsegueixen els objectius esperats (Abild et al., 2024). En aquest context, els adolescents poden sentir que el seu comportament és avaluat contínuament, la qual cosa segons Peducci et al. (2024), afavoreix l'aparició de conductes ocultes, com l'omissió o manipulació de la insulina, la restricció alimentària o el dejuni prolongat. Aquestes conductes, a més d'augmentar el risc de TCA, poden tenir conseqüències greus en el control metabòlic, incloent-hi hiperglucèmies persistents o episodis de cetoacidosi diabètica (Peducci, E et al., 2024).

En relació amb el primer objectiu específic, els resultats mostren que les conductes alimentàries alterades són relativament freqüents en adolescents amb DM1 i estan associades a múltiples factors psicològics, emocionals i socials. Peducci et al. (2024) indiquen que aproximadament la meitat dels adolescents amb DM1 poden presentar algun tipus de conducta alimentària alterada, incloent-hi fartaneres, omissió de menjars o manipulació de la insulina amb finalitats de control de pes. Aquestes conductes solen desenvolupar-se de manera gradual i poden passar desapercebudes durant llargs períodes, la qual cosa dificulta la seva detecció precoç en la pràctica clínica (Peducci, E et al., 2024). Això posa de manifest la necessitat d'incorporar eines de detecció precoç en la pràctica clínica, especialment en infermeria.

Toni et al. (2017) assenyalen que l'evidència assenyala que aquestes conductes no són aïllades, sinó que formen part d'un patró complex influït per factors emocionals, socials i cognitius. La restricció alimentària, el dejuni o la manipulació de la insulina poden utilitzar-se com a estratègies per a gestionar l'ansietat o aconseguir un ideal corporal determinat, encara que a llarg termini generen una deterioració progressiva del control glucèmic i augmenten el risc de complicacions. Aquest fenomen reflecteix la interacció bidireccional entre l'estat emocional i els resultats clínics (Toni et al., 2017).

Toni et al. (2017) identifiquen els factors emocionals exerceixen un paper clau en aquest procés. L'ansietat, la baixa autoestima, la insatisfacció corporal i l'estrès relacionat amb la malaltia. Aquestes troballes reforcen la importància de la percepció subjectiva del cos per damunt dels indicadors clínics. En particular, el desig de perdre pes i la preocupació per la imatge corporal s'identifiquen com a factors centrals en l'aparició de conductes alimentàries disfuncionals, fins i tot per sobre de variables objectives com l'índex de massa corporal. Aquest aspecte posa de manifest la importància de la percepció subjectiva del cos en l'adolescència (Toni et al., 2017).

En relació amb el segon objectiu específic, els resultats mostren que la imatge corporal i l'autoconcepte tenen una influència significativa en la gestió de la DM1. L'article revisat "*Effects of Body Image and Self-Concept on the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Adolescents and Young Adults*" assenyala que els adolescents amb una percepció negativa del seu cos presenten major risc de desenvolupar conductes alimentàries alterades, menor confiança en l'autocura i pitjor control glucèmic, evidenciat per nivells més elevats de HbA1c. La manipulació de la insulina com a estratègia per a perdre pes constitueix una conducta especialment preocupant, ja que

implica un risc directe per a la salut (Fagundo Rivera, J et al., 2025). Això evidencia que la gestió de la DM1 està profundament vinculada amb la identitat i l'autoconcepte de l'adolescent.

A més, Fagundo Rivera et al. (2025) indiquen que les diferències de gènere influeixen en la prevalença d'aquestes conductes, sent més freqüents en adolescents femenines a causa de la major pressió sociocultural relacionada amb els estàndards de bellesa. No obstant això, els adolescents masculins també poden experimentar preocupacions relacionades amb la imatge corporal, encara que aquestes es manifestin de manera diferent, la qual cosa evidencia la necessitat d'evitar enfocaments generalitzats en l'atenció sanitària (Fagundo Rivera, J et al., 2025).

La influència dels factors socioculturals també resulta rellevant segons Abild et al., 2024., els estereotips de bellesa, la pressió social i la comparació amb iguals intensifiquen la preocupació per la imatge corporal, especialment en una etapa en la qual la identitat personal està en construcció. La presència d'una malaltia crònica com la DM1 pot augmentar la sensació de diferència respecte als altres, afectant negativament l'autoconcepte i afavorint la vulnerabilitat emocional. En aquest context, els determinants socials de la salut condicionen la manera com l'adolescent viu i gestiona la malaltia.

D'altra banda, l'article "*Disturbed eating behaviour in pre-teen and teenage girls and boys with type 1 diabetes*" destaquen la importància del suport familiar i social en l'adaptació psicològica dels adolescents amb DM1, la qual cosa es relaciona amb el tercer objectiu específic. El suport emocional per part de la família i de l'equip sanitari pot actuar com a factor protector enfront del desenvolupament de conductes alimentàries disfuncionals, afavorint l'adherència al tractament i l'acceptació de la malaltia. Així mateix, la participació en grups d'iguals s'ha identificat com un element clau per a reduir el distrès emocional (Peducchi, E et al., 2024). Això demostra que l'adaptació és un procés relacional, no únicament individual.

No obstant això, també s'observa que la sobreprotecció o el control excessiu per part de la família pot generar conflictes i augmentar la resistència de l'adolescent. Aquest equilibri entre suport i autonomia resulta fonamental en el procés d'adaptació. A més, Jovic et al. 2024 descriuen l'existència d'una "doble responsabilitat emocional", en la qual els adolescents no sols gestionen la seva pròpia malaltia, sinó també l'impacte emocional que aquesta genera en el seu entorn. Aquest fenomen pot donar lloc a

estratègies d'afrontament com el distanciament emocional, que poden afectar negativament l'autocura (Jocic, A., et al. 2024).

Així mateix, Jocic et al. 2024 destaquen que el distrès emocional associat a la DM1 pot afectar significativament la qualitat de vida. La preocupació constant pel control glucèmic, la por a les complicacions i la càrrega emocional del tractament generen sentiments d'esgotament, frustració i fins i tot rebuig de la malaltia. Aquest fenomen pot afectar l'adherència al tractament i augmentar el risc de complicacions (Jocic, A., et al. 2024).

En relació amb el quart objectiu específic, la literatura revisada ressalta la importància de l'educació sanitària i l'autocura. Programes com el Chronic Disease Self-Management Program han demostrat millorar el control de la malaltia, fomentar l'autoeficàcia i facilitar l'adopció d'hàbits saludables. Així mateix, les intervencions psicoeducatives centrades en la persona i els programes grupals liderats per infermeria han demostrat ser eficaces per a millorar el benestar emocional i la qualitat de vida (Raya Hidalgo et al., 2025).

A més, Meléndez-Flores et al. (2025) destaquen la importància de comprendre els imaginaris socials i culturals relacionats amb l'alimentació. La medicalització de la dieta pot fer que aquesta es percep com una imposició rígida, perdent el seu valor social i generant frustració i resistència al tractament. Aquesta percepció pot afavorir conductes alimentàries desordenades, especialment en adolescents que busquen autonomia i acceptació social (Meléndez-Flores et al., 2025).

Des d'una perspectiva crítica, els resultats plantegen la necessitat de qüestionar el model biomèdic tradicional, centrat exclusivament en indicadors clínics. La falta d'atenció a les dimensions emocionals i socials pot limitar l'eficàcia de les intervencions i augmentar el risc de conductes desadaptatives. Per això, es proposa l'adopció d'un enfocament biopsicosocial i interdisciplinari que integri la dimensió emocional, social i conductual del pacient (Barros MPsy, V et al., 2016). Aquest enfocament es pot relacionar amb el Model Mèdic Hegemònic, que prioritza el component biològic.

Les preguntes reflexives que emergeixen d'aquesta revisió inclouen: Estan els sistemes sanitaris preparats per a abordar la complexitat emocional dels adolescents amb DM1? S'estan implementant estratègies suficients per a detectar precoçment els

TCA? Com poden els professionals d'infermeria integrar l'atenció emocional en la pràctica clínica?

Finalment, és important considerar les limitacions dels estudis analitzats. Molts presenten mostres petites, dissenys transversals i variabilitat cultural, la qual cosa limita la generalització dels resultats. Així mateix, la falta d'estudis longitudinals dificulta la identificació de relacions causals.

Com a línies futures de recerca, es proposa desenvolupar intervencions infermeres centrades en la persona, explorar l'impacte de factors socioculturals i promoure estudis longitudinals que permetin comprendre millor l'evolució dels TCA en adolescents amb DM1.

En conclusió, els resultats evidencien que la DM1 en adolescents implica una interacció complexa entre factors biomèdics, psicològics i socials. L'adopció d'un enfocament integral, centrat en la persona i liderat per la infermeria, resulta fonamental per a prevenir el desenvolupament de TCA, millorar l'adherència al tractament i promoure la qualitat de vida.

8. Conclusions

La present revisió bibliogràfica permet respondre a la pregunta de recerca plantejada, evidenciant que un control biomèdic estricte en adolescents amb diabetis mellitus tipus 1 s'associa amb un risc més elevat de desenvolupar trastorns de la conducta alimentària, en comparació amb models d'abordatge més flexibles i integrals.

Els resultats mostren que l'adolescència amb DM1 constitueix un període d'especial vulnerabilitat, en el qual factors com la insatisfacció corporal, el desig de perdre pes, la baixa autoestima i el distrès associat al maneig constant de la malaltia actuen com a elements clau en l'aparició de conductes alimentàries alterades. Aquesta situació afecta especialment a les dones, les que presenten una major predisposició a desenvolupar aquest tipus de trastorns.

Així mateix, les troballes suggereixen que un enfocament centrat exclusivament en el control metabòlic pot resultar insuficient i fins i tot contraproductiu, en afavorir dinàmiques d'autovigilància, culpabilitat i control excessiu del cos. Aquestes dinàmiques poden derivar en conductes de risc com l'omissió d'insulina o els episodis de fartanera, comproment tant la salut física com el benestar psicològic.

En aquest sentit, es posa de manifest la necessitat d'adoptar un enfocament biopsicosocial que integri les dimensions biològiques, psicològiques i socials de la malaltia, situant a la persona en el centre de la cura. El paper de la infermeria resulta clau en aquest procés, especialment en la detecció precoç de conductes de risc, l'acompanyament emocional i l'educació terapèutica adaptada a les necessitats de l'adolescent.

Des del punt de vista pràctic, cal necessari implementar programes d'educació diabetològica que incorporin de manera sistemàtica la dimensió emocional, així com eines de cribatge específiques per a la detecció precoç de trastorns de la conducta alimentària. Així mateix, resulta fonamental promoure un abordatge interdisciplinari i reforçar el paper de l'entorn familiar com a factor protector.

No obstant això, aquest treball presenta limitacions, com el reduït nombre d'estudis inclosos i l'heterogeneïtat metodològica d'aquests, la qual cosa dificulta la generalització dels resultats. A més, s'observa una escassetat de recerques centrades

en intervencions psicoemocionals específiques en adolescents amb DM1, la qual cosa evidencia la necessitat de futures línies de recerca en aquest àmbit.

En conclusió, l'abordatge de la diabetis mellitus tipus 1 en l'adolescència no pot limitar-se al control metabòlic, sinó que ha d'orientar-se cap a una comprensió integral de la persona. En aquest sentit, el repte no és únicament controlar la malaltia, sinó cuidar a la persona que conviu amb ella.

9. Bibliografia

1. Abascal, I., Acuña, S., Alvarado, C., Marambio, C., & Prado, V. (2023). *Experiència en l'autocura dels joves diagnosticats amb DMT1 de la Fundació Diabetes Juvenil de Xile durant els anys 2022–2023* (Treball de fi de grau, Universitat del Desenvolupament). Facultat de Medicina Clínica Alemanya.
2. Abild, C. B., Vestergaard, E. T., Bruun, J. M., Kristensen, K., Støving, R. K., & Clausen, L. (2024). Mechanisms underlying the development of eating disorders and disordered eating in adolescent females with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 41(11), 1–11. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1111/dme.15397>.
3. Ahearn, L. M. (1999). Agency. *Journal of Linguistic Anthropology*, 9(1–2), 12–15. <https://www.jstor.org/stable/43102414>
4. Aguilar Figueroa, E.S., Alonso Pérez, N. C., Álvarez Solís, R.M., Cuevas López, L.L., González Agosto, A., López Cruz, G., Pérez Pacheco, O., Quero Hernández, A., Reyes Gómez, U., Reyes Hernández, K.L., Vargas Vallejo, M & Vázquez Galeana, J.A. (2023). Diabetes Mellitus Tipus 1. *Actualització. Bol Clin Hospital Infantil de l'Estat de Sonora*. 40 (1). 16-20. [Arxiu PDF]. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2023/bis231d.pdf>
5. American Diabetes Association. (ADA). (2025). Nutrició per a la vida: Mètode del plat de la diabetis. [Arxiu PDF]. https://professional.diabetes.org/sites/dpro/files/2023-12/planifique_su_plato_saudable.pdf
6. American Diabetes Association. (2019). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 42. [Arxiu PDF]. <https://doi.org/10.2337/dc19-S002>
7. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing. [Arxiu PDF]. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manu>

8. Armas Junco, L. (2022). L'inclusió de l'alumnat amb Diabetis Mellitus Tipus 1 en l'àmbit escolar. (Tesis Doctoral, Universitat de Burgos) https://riubu.ubu.es/bitstream/handle/10259/7807/Armas_Junco_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Associació TCA Aragó. (2020). *Estadística sobre els TCA*. <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>
10. Balbaneda Palau, M. (2024). *Detecció precoç de trastorns de la conducta alimentària en infants amb diabetis mellitus tipus 1: Revisió bibliogràfica* (Treball de fi de grau, Universitat Miguel Hernández).
11. Barros , V., Gomes PhD A.R i Gonçalves PhD, S. (2016). Eating-Disordered Behaviour in Adolescents with Type 1 Diabetes. *ELSEVIER*. 40. 152-157. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.09.011>
12. Brox, N. (2026). *Diabetes Mellitus Tipus 1 i perspectiva de gènere*. *Diabetes*. 97. <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Diabetes-mellitus-tipo-1-y-perspectiva-de-genero.pdf>
13. Ciborska, J., Kamelska-Sadowska, A.M., Mikulska, J., Pietrzak-Fiecko, R & Purkiewicz, A. (2021). Risk Factors for Eating Disorders and Perception of Body in Young Adults Associated with Sex. *National Library of Medicine*. 13. (8). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444979/>
14. Jovic, A., Cook, K. A., & Rempel, G. R. (2024). The lived experience of young adults emotionally labouring with diabetes: Findings of an interpretive phenomenological study. *ELSEVIER*. <https://doi.org/10.1016/j.hctj.2024.100061>
15. Culbert, K. M; Sisk, C.L i Klump, K.L. (2021). A Narrative Review of Sex Differences in Eating Disorders: Is there a Biological Basis?. *Clinical Therapeutics*. 43. (1).

[https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918\(20\)30551-8/fulltext](https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(20)30551-8/fulltext)

16. De la Natividad Seguí, R., Montañés Montañes, N., Murillo Rincón, I., Naval Gascón, A. N., Pérez Cea, B & Orduna García, I. (2024). Trastornos de conducta alimentaria en adolescentes amb diabetis mellitus tipus 1. Una revisió bibliogràfica. *Revista Sanitaria d'Investigació. RSI.*
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/trastornos-de-conducta-alimentaria-en-adolescentes-con-diabetes-mellitus-tipo-1-una-revision-bibliografica/>
17. Dios, E., Amuedo, S., & Venegas, E. (2023). Enfocament integral dels pacients amb trastorns de la conducta alimentària i diabetis. *Revista Diabetes.*
<https://www.revistadiabetes.org/tratamiento/abordaje-integral-de-los-pacientes-con-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-y-diabetes/>
18. Fatin Kinik, M; Volkan Gönüllü, F; Karakaya i Vatansever, Z. (2017). Diabulimia, a Type I diabetes mellitus-specific eating disorder. *PubMed Central. National Library of Medicine.* 52(1). 46-49.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5396822/>
19. Fagundo Rivera, J; Fernández León, P; García Lozano M.S; Garrido Bueno, M; Núñez Sánchez, M & Romero Alvero, A. (2025). Effects of Body Image and Self-Concept on the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Adolescents and Young Adults. *Healthcare.* 13(14), 1425.
<https://doi.org/10.3390/healthcare13121425>
20. Federación Española de Diabetes. Conoce qué es la diabetes, su diagnóstico y los pasos para detectarla.
<https://www.fedesp.es/portal/diabetes/#definicion-diabetes>
21. FITA. (2023). Fundació destaca que 400.000 persones tenen un TCA i s'espera que la xifra augmenti un 12% en els pròxims 12 anys. *Pharma Market.*
<https://www.phmk.es/rsc/fita-fundacion-destaca-que-400-000-personas-tienen-un-tca-y-se-espera-que-la-cifra-crezca-un-12-en-los-proximos-12-anos>
22. Flores Garnica, A., Casas Patiño, O. D., Rodríguez Torres, A., & Reyes Pérez,

- J. M. (2021). Determinants socials de la salut: Una reflexió sobre la diabetis mellitus. RED Internacional en Salut Col·lectiva i Salut Intercultural.
23. Fundació Diabetis Zero. (2024). Més enllà de la insulina. Parte1. Mapa de la diabetis tipus 1 en Espanya. [Arxiu PDF]. <https://diabetescero.org/wp-content/uploads/2024/12/Informe2024-MasAllaDeLaInsulina-Parte1-DiabetesCERO.pdf>
24. Gencat. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2021). Taxa d'incidència de diabetis tipus I per cada 100.000 persones-any. https://observatorisalut.gencat.cat/ca/detalls/article/28_IND_Taxa_incidencia_DM1?utm
25. Giné Bertomeu, L. (2020). Impacte del diagnòstic de Diabetis Mellitus tipus 1 en adolescents i el seu entorn psicosocial (Treball de fi de grau). Repositori URV. https://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/ca_TFG2880.html
26. Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall.
27. Gómez Aragón, A. J., Núñez Baila, M. Á. i Andrade Castro, M. (2017). La alimentación como régimen terapéutico: un análisis de los imaginarios de salud y alimentación saludable en personas que padecen diabetes. Comunicació presentada al congrés Antropologías en transformación: sentidos, compromisos y utopías, València, 5-8 de setembre de 2017.
28. Hernández Rodríguez, J. (2020). Comportament clínic i enfocament terapèutic dels trastorns alimentaris en persones amb DMT1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252020000200012&script=sci_arttext#B2
29. Hunter, J., Franken, M., & Balmer, D. (2015). Constructions of patient agency in healthcare settings: Textual and patient perspectives. *Discourse, Context & Media*, 7, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.dcm.2015.01.002>.

30. Ilonen, J; Knip, M; Nevalainen, J; Nijnikoski, H; Peltonen, E.J; Peltonen, J; Toppari, J; Vejiola, R; Virtanen, H.E i Virtanen, S.M. (2023). What is the role of puberty in the development of islet autoimmunity and progressions to type 1 diabetes?. *European Journal of Epidemiology*. 38. 689-697. <https://doi.org/10.1007/s10654-023-01002-7>
31. International Diabetes Federation (IDF), (2024). Spain. Diabetes country report 2000-2050. <https://diabetesatlas.org/data-by-location/country/spain/>
32. Martínez García, A i Pérez Menéndez-Conde, C; (2025). Insulina Inhalada: Pasat, present i perspectiva de futur en el tractament de la diabetis tipus 1. [Arxiu PDF]. <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Insulina-inhalada-pasado-presente-y-perspectivas-de-futuro.pdf>
33. Matías C, Días G, Rojas I. (2019) Adolescents amb diabetis tipus 1: autoestima, dinàmica familiar i adherència al tractament. *CASUS*. 2019;4(1):8-14.
34. MedlinePlus. Trastorns de l'alimentació. *National Library of Medicine*. <https://medlineplus.gov/spanish/eatingdisorders.html>
35. Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2000/09000/experiencing_transitions__an_emerging_middle_range.6.aspx
36. Meléndez-Flores, G., Delgadillo Ruano, M. A., Ortega Cortés, R., & Peña-Rodríguez, G. (2025). Problemas de la alimentación y factores asociados en pacientes con diabetes tipo 1. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 82(3), 139–144. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10385401>
37. Menéndez, E. L. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria* (Ponencia, Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina). Documento PDF. Facultad de Psicología, Universidad de

Buenos Aires.

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/activas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

38. Monroy Romero, J. A., Velázquez García, G., & Galindo Barrera, E. (2019). *Niveles de autoestima, autoconcepto y autoimagen en adolescentes de Iztapalapa*. En Diabetes en Evaluación y Currículum / Congreso Internacional de Educación: Currículum 2019 (Año 5, No. 5) [Publicación anual con ISSN 2448-6574]. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Centro de Investigación Educativa.
<https://cie.uatx.mx/debates-en-evaluacion-y-curriculum/pdf2019/C031.pdf>
39. Mastrandrea, L. D., Quattrin, T., & Walker, S. K. (2023). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 401, 2149–2162.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00223-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00223-4/fulltext)
40. Navarro-Falcón, M. et al. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria y Diabetes Mellitus.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000901040
41. Linardelli, M. F. (2015). Salut mental i gènere: Diàlegs i contrapunts entre biomedicina, feminismes i interseccionalitat. Millcayac. *Revista Digital de Ciències Socials*, 2(3), 199–224. ISSN 2362-616X.
42. Ochoa, M., Cardoso, M., y Reyes, V. (2016). Emociones de la familia ante el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 1 en el infante. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 40-46.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n1/1665-7063-eu-13-01-00040.pdf>
43. Olvera Martínez, D.X. (2023). La importància de l'acompanyament psicològic en nens i adolescents amb diagnòstic de Diabetis Mellitus Tipus 1. (Tesis

Doctoral; Universitat Nacional Autònoma de Mèxic)

44. Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2024). Actividad física. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
45. Peducci, E; Mastrorilli, C; Falcone, S; Santoro, A; Faneli, U; Iovane, B; Incerti, T; Scarabello, C; Fainardi, V; Caffarelli, C; Di Mauro, J, D; Dodi, I; Tchana, B i Vanelli, M. (2018). Disturbed eating behaviour in pre-teen and teenage girls and boys with type 1 diabetes. *Acta Biomed.* 89(4), 490-497. DOI: 10.23750/abm.v89i4.7738
46. Raya Hidalgo, L., Llavori Pirla, S. B., Nogués Rosel, P., García Sánchez, J., Arilla Peralta, E., & Adu Akorli, W. (2025). Manejo de la diabetes mellitus. *Revista Sanitaria de Investigación*, 6(8). <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=10506755>
47. Real, A. (2022). L'edat d'inici de persones amb trastorns alimentaris cae a 12 anys tras l'impacte de la pandèmia en la salut mental. *Newtral*. <https://www.newtral.es/tca-trastornos-conducta-alimentaria-espana/20221102/>
48. Roldán Herrero, C. (2025). Investigació sobre els factor de risc en el desenvolupament d'un trastorn de la conducta alimentària. [Arxiu PDF]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/77590/TFG-L4288.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
49. Sáez, G., Valor-Segura, I., & Expósito, F. (2012). ¿Empoderamiento o subyugación de la mujer? Experiencias de cosificación sexual interpersonal. *Psychosocial Intervention*, 21(1), 41-51. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012v21n1a9>
50. Sarrió Colas, L. (2019). Estat de salut de l'adolescent en l'ingrés a l'hospital de dia i les vivències familiars en la transició de la malaltia mental. (Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili). <http://hdl.handle.net/10803/669418>
51. Societat Espanyola de Metges Generals i de Família. (SEMG). (2018). Els

trastorns de la conducta alimentària són la tercera malaltia crònica més freqüentment entre adolescents.

<https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>

52. Toni, G., Berioli, M. G., Cerquiglioni, L., Ceccarini, G., Grohmann, U., Principi, N., & Esposito, S. (2017). Eating disorders and disordered eating symptoms in adolescents with type 1 diabetes. *Nutrients*, 9(8), 906.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28825608/>

53. Yaule - Nárvaez, KD. (2025). Maneig Nutricional i Control Metabòlic en la Diabetis Mellitus Tipus 1. *Journal Scientific*. 9 (3).

<https://www.investigarmqr.com/2025/index.php/mqr/article/view/770/7910>

54. Young (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness, *Ann.Rev. Anthropol.*, 11:2