

**ESTUDIOS ORIGINALES**

# Estrategias de afrontamiento en adolescentes con enfermedad celíaca

## Coping strategies in adolescents with celiac disease

Lucía López Blázquez

Enfermera especialista en Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid).

**VIII Premios de Investigación CODEM. Finalista.**

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.386>

**Cómo citar este artículo:** López Blázquez, L., Estrategias de afrontamiento en adolescentes con enfermedad celíaca. Conocimiento Enfermero 31 (2026): xx-xx.

**Disponible en:** <http://www.conocimientoenfermero.es>

### RESUMEN

La enfermedad celíaca podría suponer un cambio en la manera de afrontar de un adolescente.

El objetivo de este proyecto es conocer las estrategias de afrontamiento de pacientes adolescentes con enfermedad celíaca frente a adolescentes sanos.

Se han realizado diferentes búsquedas en varias bases de datos para realizar un estudio observacional de cohortes.

Tras la obtención de los resultados de estudio se destaca la existencia de evidencia significativa en algunas variables analizadas variables, como la búsqueda de apoyo social o la concentración en la resolución del problema, frente a otras en las que no existe evidencia.

**Palabras clave:** afrontamiento; adolescente; enfermedad celíaca; cuidados de enfermería.

### ABSTRACT

Celiac disease could mean a change in an adolescent's way of coping.

The aim of this project is to know the coping strategies of adolescent patients with celiac disease versus healthy adolescents.

Several databases have been searched in order to perform an observational cohort study.

After obtaining the results of the study, it is highlighted the existence of significant evidence in some variables analyzed, such as seeking social support or focusing on solving the problem, compared to others in which there is no evidence.

**Keywords:** coping; teenager; celiac disease; nursing care.

## 1. Estado de la cuestión y antecedentes

A continuación se va a tratar el problema del afrontamiento en el adolescente con la enfermedad celíaca. En primer lugar, se explicarán los diferentes tipos de afrontamiento en la etapa de la adolescencia; después se abordará la enfermedad celíaca como enfermedad de afección crónica y por último lugar, el papel que

ejerce la enfermería para tratar los diferentes problemas asociados a lo mencionado anteriormente.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica primaria en relación a los conceptos claves destacados anteriormente: la enfermedad celíaca, las estrategias de afrontamiento, la etapa de la adolescencia y sobre el papel que tiene la enfermería pediátrica en cuidados del adolescente

con dicha enfermedad. La búsqueda se ha realizado en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo y Google Académico.

Se ha utilizado un vocabulario controlado que contiene los siguientes descriptores DeCS en castellano: afrontamiento, adolescente, enfermedad celíaca y cuidados de enfermería. Por otro lado, se han utilizado los siguientes descriptores MeSH en inglés: coping, teenager, celiac disease y nursing care.

Se ha encontrado abundante bibliografía sobre la enfermedad celíaca y sus características. Sin embargo, no se ha encontrado bibliografía específica sobre el manejo de enfermería en relación a las estrategias de afrontamiento con respecto a la EC en la etapa adolescente.

### 1.1. Estrategias de afrontamiento en la adolescencia

El afrontamiento se define como un conjunto de conductas y acciones que las personas utilizan para enfrentarse a una situación determinada. Se pueden diferenciar entre estilos y estrategias de afrontamiento; los primeros se refieren a cuando el sujeto tiene una predisposición para actuar ante una situación, y las segundas se refieren a los actos que se llevan a cabo para solucionar la situación [1,2,3].

Según Lázarus y Folkman, definen el afrontamiento como *aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* [2,3].

El afrontamiento puede ser adaptativo (tratan de hacer frente al problema eliminando la causa del mal afrontamiento) y no adaptativo (adoptan estrategias pasivas ante el problema) [4,5].

Dentro de los tipos de afrontamiento, se encuentran las estrategias de afrontamiento que pueden ser dirigidas a la resolución de problemas o a la regulación emocional [5,6].

El afrontamiento de una enfermedad crónica como es la enfermedad celíaca en el paciente adolescente puede suponer un nivel de estrés

añadido a los cambios psicosociales que presentan los mismos en esta etapa [7,8,9].

La adolescencia es una etapa que cuenta con diferentes cambios que afectan a la esfera física, psicológica y social en la que existe una transición del niño al adulto [8]. Pasa por diferentes etapas comenzando por la pubertad y terminando cuando finaliza el desarrollo biopsicosocial [10].

Existen diferentes organizaciones que definen la etapa de la adolescencia de formas parecidas pero con distintos matices. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue la adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad; a diferencia de la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia que la considera entre los 10 y los 21 años separándolas en tres etapas: inicial, media y tardía. En estas últimas etapas destaca en cada una de ellas determinados aspectos del desarrollo físico y psicosocial de los adolescentes [10].

#### 1.1.1. Adolescencia inicial

Esta etapa comprende a los adolescentes entre los 10 y los 13 años de edad. Se inician los cambios corporales más significativos, entre los que se incluyen el crecimiento del vello en axilas y genitales y el desarrollo de estos últimos. Para observar y clasificar los cambios físicos de los adolescentes se utiliza la **clasificación de estadíos de Tanner**. En la mujer hay un aumento de las glándulas mamarias y en los varones un aumento del tamaño de los testículos. Respecto a los cambios hormonales, en este periodo es común que se produzca en las niñas la primera menstruación tras el crecimiento de las glándulas mamarias [11].

Por otro lado, también cobran especial importancia los cambios psicológicos que se producen en esta etapa, ya que los cambios corporales pueden producir ansiedad en los adolescentes. En esta etapa también pueden surgir problemas de identidad de género, y puede suponer dificultades para los adolescentes transgénero. Es esencial aportar privacidad e independencia para que ellos puedan asumir cierto autocontrol [11].

### 1.1.2. Adolescencia media

Esta etapa comprende a los adolescentes entre los 14 y los 17 años de edad. Respecto a los cambios físicos continúan desarrollándose. En las mujeres, las glándulas mamarias crecen más y aparece más vello; y en varones también crece más vello. A estos últimos les comienza a cambiar la voz, haciendo la misma más grave [11].

Por otro lado, comienza el interés por las relaciones sexuales y románticas. Se agudiza más el deseo de independencia y autocontrol, así que muchos de los adolescentes pueden tener una actitud más enfadada con la familia y más interés por pasar tiempo con sus amistades. Así mismo, adquieren más capacidad para tomar decisiones y cobra importancia la construcción de su propia personalidad [11].

### 1.1.3. Adolescencia tardía

Comprende a los adolescentes entre los 18 y los 21 años de edad. En esta etapa ya se ha completado el desarrollo físico de los adolescentes y se les considera adultos jóvenes. Destacan sobre las demás etapas el autocontrol de impulsos y la identificación de sus propios valores. Se encuentran centrados en el futuro y buscan más estabilidad en las relaciones sociales y amorosas [11].

La relación con sus padres puede cobrar más importancia, en la que muchos de los adolescentes, restablecen lazos familiares. La familia es un núcleo muy importante para el adolescente que le facilita un correcto desarrollo biopsicosocial [11]. El impacto que las familias realizan sobre los adolescentes es fundamental para que tengan un desarrollo funcional de la conducta [8].

Otro apoyo fundamental a tener en cuenta son los profesores y orientadores de los colegios e institutos que deben unirse con los padres para facilitar una educación eficiente que promueva un desarrollo saludable [11].

Por otro lado, otra esfera muy importante son los lazos de amistad de los adolescentes. Es una parte muy influyente sobre todo en el aspecto psicosocial de los mismos que debe tenerse en cuenta y realizar un control para evitar conductas nocivas y peligrosas para los mis-

mos. En el proceso de integración social, el papel que desempeñan las amistades es decisivo para el correcto desarrollo evolutivo; así mismo, un adolescente que no tenga este apoyo puede tener una carencia en el desarrollo de la esfera psicosocial, y ser origen de complicaciones futuras [9,11].

También, el poder conocer el tipo de estrategias de afrontamiento que tienen los adolescentes frente a la enfermedad celíaca permitiría poder actuar en un futuro para mejorar su adaptación a la misma, así como prevenir complicaciones en la esfera psicosocial [7,8,9].

## 1.2. La enfermedad celíaca como enfermedad crónica

La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad crónica de origen autoinmune que afecta a la mucosa del intestino delgado en personas con predisposición genética (HLA-DQ-2 y/o HLA-DQ8) producida por el consumo de gluten. Más concretamente, una fracción del gluten denominada gliadina se considera tóxica para el consumo en personas con enfermedad celíaca. Actualmente afecta al 1% de la población alterando los hábitos de vida de quienes la padecen al ser necesaria la modificación en las conductas alimenticias, afectando además a la esfera psicológica por el hecho de presentar una enfermedad crónica [12,13]. Sin embargo, la mayoría de los casos, aproximadamente entre un 70-80% se encuentra sin diagnosticar produciendo un alto riesgo de morbilidad [14].

Afecta principalmente al intestino delgado provocando una malabsorción de nutrientes dando lugar a manifestaciones clínicas y pudiendo producir a largo plazo complicaciones multisistémicas. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy amplias desde el síndrome de malabsorción con esteatorrea, desnutrición, diarrea, vómitos, dolor, o incluso pasar como una enfermedad asintomática. En edad pediátrica es muy común encontrar sintomatología como falta de apetito, distensión abdominal, apatía, entre otros. También pueden observarse, una amplia variedad de síntomas extraintestinales, casi todos debidos a situaciones carenciales de vita-

minas y sales minerales, como: erupciones cutáneas, artritis, alteración del crecimiento, raquitismo, fracturas espontáneas, osteoporosis y dolores óseos, alteraciones del esmalte dental, cefalea [15].

Se pueden diferenciar varios tipos de celiaquía: clásica, no clásica, subclínica, sintomática, potencial y refractaria [16].

Según la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) la EC en edad pediátrica se puede diagnosticar por la clínica y con una analítica de sangre en la que nos muestra los marcadores serológicos (anticuerpos antiendomiosin de clase IgA (EMA) anticuerpos anti-gliadina (AA), anticuerpos antitransglutaminasa tisular (tTGA) y anticuerpos anti-péptidos deaminados de gliadina (anti-DGP) de la enfermedad). Solo en caso de no tener los anteriores resultados positivos, se debe confirmar mediante una endoscopia con biopsia de duodeno y con prueba genética. Se evita realizar la endoscopia debido a que es una prueba muy invasiva para los pacientes pediátricos, en la que la presencia de la enfermedad mostraría atrofia vellositaria del intestino delgado. Se realiza cuando el paciente todavía no ha comenzado la dieta libre de gluten y se lleva a cabo para observar la lesión intestinal, pudiéndose visualizar varias alteraciones como fisuras, nódulos, pérdida de pliegues mucosos, úlceras o estenosis. Para distinguir el grado de lesión se utiliza la clasificación de Marsh [17].

El tratamiento para los pacientes con EC es la dieta libre de gluten, así que deben evitarse todos los alimentos que contengan dicha proteína presente en cereales como trigo, cebada, centeno y avena (este último aunque no tiene gluten estrictamente, sólo se podría consumir si está certificado sin gluten puesto que se ha identificado contaminación cruzada con los otros cereales en varias ocasiones); o cereales derivados de los anteriores. La dieta libre de gluten se considera toda aquella que no contenga el mismo o que contenga dosis no superiores a 20 partículas por millón (ppm) de gluten, puesto que se ha comprobado que es poco probable que cause alteraciones histológicas significativas. Es el único tratamiento que existe en este momento para la EC y tras el seguimiento de la misma

sin contaminación cruzada la mayoría de los pacientes mejoran su situación clínica además de una recuperación de las vellosidades intestinales (aquellos que estén diagnosticados de EC refractaria no suelen mejorar aun llevando una dieta sin gluten estricta). Posterior al tratamiento se realizará un adecuado seguimiento en consulta de la enfermedad [17].

Un incorrecto incumplimiento de la misma podría conllevar complicaciones futuras asociado al progresivo daño intestinal. Se pueden encontrar las siguientes complicaciones: déficit vitamínico y mineral, retraso en el crecimiento, riesgo de otras enfermedades autoinmunes, dermatitis herpetiforme, anemia ferropénica, infertilidad y abortos espontáneos, alteraciones neurológicas y neoplasias [18].

En resumen, la enfermedad celíaca es una enfermedad crónica de origen autoinmune que afecta a la mucosa del intestino delgado de las personas con predisposición genética a la misma y que actualmente el único tratamiento existente es la dieta estricta sin gluten. Es por este motivo, por lo que sería interesante obtener evidencia clínica sobre las estrategias de afrontamiento en los adolescentes que padecen dicha enfermedad.

Por otro lado, sería imprescindible conocer cuál es el papel de la enfermería para empoderar y mejorar las estrategias de afrontamiento en los pacientes adolescentes, ya sea en un contexto hospitalario o de atención primaria.

### 1.3. Papel de la enfermería en cuidados del adolescente con EC

El estudio de las estrategias de afrontamiento en los adolescentes con enfermedad celíaca resulta de interés para la disciplina enfermera y más concretamente para el personal enfermero especializado en pediatría, ya que es el responsable de realizar una valoración integral de las esferas física, psicológica y social de los mismos. A su vez, se encargan de administrar los cuidados necesarios en esta etapa de la vida [19].

El personal de enfermería pediátrico puede realizar diferentes acciones, en cuanto a la prevención, la detección y la educación para la sa-

lud, de manera favorable para ayudar a los adolescentes a que tengan un buen afrontamiento de la EC y mejorar de esta forma su calidad de vida. Es imprescindible establecer una relación de empatía para conocer y abordar el afrontamiento de los adolescentes y la figura más idónea para realizarlo es el personal enfermero. Existen diferentes diagnósticos de la NANDA que pueden ser utilizados para la realización de un proceso de atención de enfermería (PAE). Por ejemplo, se destacan los siguientes: **Afrontamiento ineficaz** [00069] o **Disposición para mejorar el afrontamiento** [00158]. El primer diagnóstico se define como *"patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar"* y el segundo como *"patrón de valoración válida de los factores estresantes con esfuerzos cognitivos y/o conductuales para gestionar las demandas relacionadas con el bienestar, que puede ser reforzado"* [20].

El afrontamiento de la enfermedad celíaca supone una gran adaptación por parte de los adolescentes y su familia, por este motivo, la presencia de enfermería es fundamental para mejorar la adaptación del adolescente a la misma. Es muy importante conocer previamente las estrategias de afrontamiento en la EC y la enfermería tiene un papel fundamental a la hora de recoger información mediante la valoración. Tienen un poder muy influyente para prevenir una mala autogestión de la enfermedad, disminuyendo de esta forma las complicaciones futuras. Asimismo, pueden dar pautas para promover la adhesión al tratamiento (dieta estricta sin gluten). Una de las herramientas más importantes de la enfermería pediátrica es la relación enfermera-paciente en la que se destaca la relación cercana que les permite conocer en profundidad las emociones de los adolescentes y las estrategias de afrontamiento que tienen frente la celiaquía [19].

En resumen, se quiere destacar la influencia de la enfermería para promover la adaptación de los adolescentes a la enfermedad celíaca y mejorar las estrategias de afrontamiento de la misma y su calidad de vida, formando parte de las competencias enfermeras.

#### 1.4. Antecedentes

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos en ciencias de la salud como Pubmed, Cuiden, Scielo y Google Académico. Tras la búsqueda se han encontrado artículos que estudian el afrontamiento en diferentes enfermedades como la Diabetes Mellitus I y el Cáncer infantil.

Con respecto a la Diabetes Mellitus (DM) I en niños y adolescentes; en el estudio de Manuel Ortiz Parada, destacan que la DM I en niños supone un factor de estrés y sobrecarga emocional, pudiéndose asociar a un peor afrontamiento de la enfermedad y una menor adherencia al tratamiento [21].

El estudio de Iturralde E, et al. destaca la importancia de la comprensión de los factores que contribuyen a la angustia relacionada con la DM I en los adolescentes. La forma de afrontar más utilizada es el afrontamiento evitativo con el fin de disminuir la incomodidad producida con los problemas de su vida cotidiana. Un peor afrontamiento de la enfermedad podría contribuir a un peor control glucémico y del mismo modo, una peor adherencia del tratamiento [22].

No obstante, otros autores confirman que la DM I supone un estrés para los adolescentes y que es necesario aumentar el afrontamiento de los mismos. Como en el estudio anterior, el afrontamiento de la enfermedad está relacionado con el control de la DM I. Por ello, sugieren más estudios para realizar intervenciones para mejorar el afrontamiento de los jóvenes con diabetes [23].

En el estudio de Jaser SS, et al. se destaca que la Diabetes tipo I supone un estrés crónico para los adolescentes que se encuentra relacionado con la carga del tratamiento, siendo necesario la selección de estrategias de afrontamiento adecuadas para paliar el estrés producido por la enfermedad. También, respaldan en los resultados obtenidos que la DM I supone un gran impacto en el afrontamiento y en el autocontrol de la misma. Proponen la elaboración de más estudios con intervenciones que fomenten el afrontamiento adaptativo [24].

Otros autores explican que tanto las estrategias de afrontamiento de control primario y se-

cundario se asocian con resultados positivos, mejorando el control metabólico y sugieren la educación de los pacientes para que obtengan estrategias de afrontamiento adecuadas [25].

Por otro lado, se han encontrado artículos en referencia al Cáncer Infantil, donde destacan que el uso de estrategias y recursos positivos pueden proporcionar un mejor afrontamiento del niño frente a esta enfermedad [26].

Según el estudio de Desjardins L, et al. los niños diagnosticados de cáncer tienen estrés relacionado con esta enfermedad, implicando dificultades en su adaptación social. También destaca que, debido a la evidencia del impacto del afrontamiento respecto a nivel emocional de los niños con cáncer, resulta beneficioso enseñar a los jóvenes con este diagnóstico a tener un mejor afrontamiento sobre la enfermedad [27].

Otros autores, explican la importancia de enseñar habilidades de afrontamiento a los niños con cáncer porque tiene una importante implicación en el desarrollo psicológico [28].

Se han encontrado estudios que hablan sobre la calidad de vida de niños y adolescentes con diagnóstico de enfermedad celíaca. Por ejemplo, en el estudio de Rojas M, et al. destacan que los adolescentes con EC tienen una peor comunicación con otras personas afectando al afrontamiento con respecto a la esfera social. Por ello, indican que es necesario establecer un modelo de atención integral incluyendo a la familia y a la escuela para mejorar la comprensión, el apoyo y la comunicación de los niños y adolescentes con EC [29].

En el estudio realizado por Cabañero MA, destaca que la EC afecta a la calidad de vida de los adolescentes, y esto mismo pone en riesgo la realización de la dieta [30].

Según otros autores, destacan que los elementos que influyen en la calidad de vida de los pacientes son la seguridad a la hora de la selección de los alimentos, el precio de los alimentos sin gluten en las tiendas y el diagnóstico precoz. También, refieren que la calidad de vida en el adolescente se ve disminuida con respecto a las relaciones sociales con sus iguales [31].

A su vez no se han encontrado estudios que aborden estrategias de afrontamiento en los

adolescentes con enfermedad celíaca. Es por este motivo, que sería interesante llevar a cabo un estudio en este tipo de pacientes para poder conocer el nivel de afrontamiento que tienen ante dicha enfermedad.

### 1.5. Justificación

La enfermedad celíaca puede suponer un cambio importante en el paciente adolescente y crear en el mismo una mala adaptación a la enfermedad, pudiendo desarrollar un mal afrontamiento. Es una enfermedad crónica de origen autoinmune que afecta a la mucosa del intestino delgado de las personas con predisposición genética a la misma y que actualmente el único tratamiento existente es la dieta estricta sin gluten. Es por este motivo, por lo que sería interesante obtener evidencia clínica sobre las estrategias de afrontamiento de los adolescentes que padecen dicha enfermedad.

Se quiere destacar la influencia de la enfermería para promover la adaptación de los adolescentes a la enfermedad celíaca, mejorando así sus estrategias de afrontamiento y su calidad de vida, formando parte de las competencias enfermeras. De este modo, sería imprescindible conocer cuál es el papel de la enfermería para empoderar y mejorar el afrontamiento en los pacientes adolescentes, ya sea en un contexto hospitalario o de atención primaria.

Además, el personal de enfermería tiene un papel muy importante para conocer previamente las estrategias de afrontamiento del adolescente y de esta forma aportar las herramientas para que se adapte de forma positiva a su enfermedad. Se considera el primer eslabón para detectar un problema potencial en el adolescente. Los enfermeros tienen muchas herramientas para prevenir un afrontamiento inadecuado, al igual que aumentar los conocimientos de los pacientes. También, es importante que el personal de enfermería conozca las estrategias de afrontamiento de los adolescentes para aumentar su conocimiento y observar que podría existir un problema para poder abordarlo adecuadamente. Una de las herramientas más importantes de la enfermería pediátrica es la relación enferme-



ra-paciente en la que se destaca la relación cercana que les permite conocer en profundidad las emociones de los adolescentes y el afrontamiento que tienen frente la celiaquía.

Por este motivo, sería importante realizar un estudio observacional de cohortes para comparar las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad celíaca frente a adolescentes sanos. Este tipo de estudio es perfecto para valorar las estrategias de afrontamiento de los dos grupos, ya que se podría considerar que la EC podría influir en las mismas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo principal

El objetivo principal de este trabajo es conocer las estrategias de afrontamiento de adolescentes con enfermedad celíaca frente a adolescentes sanos teniendo en cuenta la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis.

2.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos para el presente proyecto se plantean los siguientes:

- Comparar las diferencias existentes en las estrategias de afrontamiento en los adolescentes con EC frente a adolescentes sanos.
- Analizar la influencia de las variables socio-demográficas en las estrategias de afrontamiento de adolescentes con EC y sanos.

3. Diseño del estudio

3.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio seleccionado es un estudio cuantitativo observacional de cohortes. Se va a realizar un estudio de cohortes para poder comparar de forma objetiva las diferentes estrategias de afrontamiento de los adolescentes con Enfermedad Celíaca y de adolescentes sanos.

Con este estudio se pretende analizar las estrategias de afrontamiento en adolescentes con EC para realizar una futura intervención y poder mejorar estas estrategias.

3.2. Sujetos de estudio

La **población diana** seleccionada para este estudio son adolescentes que habitan en la Comunidad de Madrid. Se va a dividir la muestra en dos grupos, el primero con adolescentes diagnosticados de EC, al que se hará referencia como grupo de expuestos, y el segundo con adolescentes sanos, al que se hará referencia como grupo no expuestos.

Debido a que el grupo de adolescentes con EC no es muy grande, se ha decidido escoger a la **población accesible** a partir de la *Asociación de Celíacos y Sensibles al gluten de Madrid*. Es por este motivo, por el cual se ha decidido seleccionar la muestra en toda la Comunidad de Madrid.

Para seleccionar el grupo de no expuestos, se ha decidido seleccionar adolescentes mediante muestreo no aleatorio en bola de nieve para escoger adolescentes de todas las zonas de la Comunidad de Madrid.

Para seleccionar la **población de estudio** se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

TABLA 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión
Diagnóstico de Enfermedad Celíaca
Firma del consentimiento informado
Criterios de exclusión
Otras patologías crónicas
Barrera idiomática
Retraso psicomotor

Al realizar un estudio observacional de cohortes, es relevante describir en primer lugar los dos grupos existentes. El primer grupo es aquel que está constituido por adolescentes entre 14 y 17 años (grupo de expuestos) que padezcan enfermedad celíaca. El otro grupo está

compuesto por adolescentes entre 14 y 17 años sanos (grupo no expuestos).

Para seleccionar la muestra del estudio se realizará un muestreo de tipo probabilístico no aleatorio de conveniencia en ambos grupos. En el grupo de expuestos, se seleccionarán aquellos adolescentes con enfermedad celíaca que quieran formar parte del estudio y cumplan los criterios de inclusión, pertenecientes a la *Asociación de Celíacos y sensibles al gluten*. Para escoger al grupo de no expuestos, se seleccionarán aquellos adolescentes que también quieran participar y se encuentren dentro de los criterios de inclusión.

Para determinar el tamaño muestral del grupo de **expuestos**, se ha realizado una búsqueda en el INE de los adolescentes españoles entre 14 y 17 años de edad inscritos con fecha actualizada del 1 de enero de 2022. Con el resultado anterior, debido a la epidemiología existente respecto a la EC, se ha seleccionado el 1% de los mismos. Debido a que esta enfermedad se encuentra infradiagnosticada como se ha mencionado anteriormente (entre un 70-80% de personas celíacas sin diagnosticar), se ha calculado finalmente con un intervalo de confianza (IC) del 95%, y con un margen de error (ME) del 5%, una muestra de 255 adolescentes. La fórmula utilizada para el cálculo del tamaño muestral del grupo de expuestos es la siguiente [32]:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Para el grupo de **no expuestos**, se espera alcanzar un tamaño muestral semejante al otro grupo para poder realizar una comparación con diferencias significativas. Por tanto, el tamaño muestral final calculado sería de aproximadamente 500 adolescentes.

Sin embargo, al tratarse de un proyecto de fin de residencia de enfermería pediátrica se dispone de tiempo limitado en el que no se espera conseguir el tamaño muestral planteado. De esta manera, se realizará un proyecto piloto en el que se expondrán los resultados obtenidos.

### 3.3. Variables

A continuación se detallan las variables que se van a utilizar en el presente estudio. Se ha decidido dividir las variables en dos grupos: variables socio-demográficas y variables de estudio. Estas últimas tienen como función principal dar respuesta a los objetivos planteados en este proyecto de investigación.

#### 3.3.1. Variables socio-demográficas

Las variables socio-demográficas del estudio se encuentran detalladas en la Tabla 2.

#### 3.3.2. Variables de estudio

Se ha utilizado la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis en 1993. La escala ACS está compuesta por 18 subescalas que miden las diferentes estrategias de afrontamiento de los adolescentes, que se expondrán más adelante [33].

Todas las variables dentro de esta categoría, son variables cualitativas nominales que se les asigna un valor según la escala Likert del 1 al 5, refiriéndose en orden a las siguientes oraciones: *Nunca lo hago* (1), *lo hago raras veces* (2), *lo hago algunas veces* (3), *lo hago a menudo* (4), *lo hago con mucha frecuencia* (5). La tabla con la escala com-

**TABLA 2.** Variables socio-demográficas.

Variable	Tipo	Categorías o valores
Edad	Cuantitativa discreta	14/15/16/17
Género	Cualitativa nominal	Femenino/ Masculino/ Otras
Zona de la Comunidad de Madrid	Cualitativa nominal	Norte/ Sur/ Centro/ Este/ Oeste
Padres separados	Cualitativa nominal dicotómica	Sí/ No



pleta se puede observar en el Anexo 3. Con la obtención de estos valores finales de cada sub-escala, se van a comparar las mismas entre los

dos grupos de adolescentes, permitiendo de esta manera conocer si difieren las estrategias de afrontamiento de un grupo al otro [33].

**TABLA 3.** Variables de estudio.

Variable	Ítems	Puntuación
<b>1. Buscar apoyo social</b>	1. Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema 19. Practico un deporte 37. Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud 55. Hago ejercicios físicos para distraerme 71. Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>2. Concentrarse en resolver el problema</b>	2. Me dedico a resolver lo que está provocando el problema 20. Hablo con otros para apoyarnos mutuamente 38. Busco ánimo en otras personas 56. Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él 72. Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>3. Esforzarse y tener éxito</b>	3. Sigo con mis tareas como es debido 21. Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades 39. Considero otras puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta 57. Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago 73. Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>4. Preocuparse</b>	4. Me preocupo por mi futuro 22. Sigo asistiendo a clases 40. Trabajo intensamente (Trabajo duro) 58. Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo 74. Me dedico a mis tareas en vez de salir	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>6. Buscar pertenencia</b>	6. Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan 24. Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a) 42. Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a) 60. Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica 76. Procuro pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>7. Hacerse ilusiones</b>	7. Espero que me ocurra lo mejor 25. Me preocupo por mis relaciones con los demás 43. Trato de adaptarme a mis amigos 61. Trato de mejorar mi relación personal con los demás 77. Hago lo que quieren mis amigos	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>9. Reducción de la tensión</b>	9. Me pongo a llorar y/o gritar 27. Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a) 45. Me pongo mal (Me enfermo) 63. Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos 79. Sufro dolores de cabeza o de estómago	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia

Variable	Ítems	Puntuación
<b>11. Ignorar el problema</b>	11. Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema 29. Organizo un grupo que se ocupe del problema 47. Me reúno con otras personas para analizar el problema 65. Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>13. Reservarlo para mí</b>	13. Ante los problemas, tiendo a criticarme 31. Me doy cuenta que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas 49. Me siento culpable por los problemas que me ocurren 67. Me considero culpable de los problemas que me afectan	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>14. Buscar apoyo espiritual</b>	14. Guardo mis sentimientos para mí solo(a) 32. Evito estar con la gente 50. Evito que otros se enteren de lo que me preocupa 68. Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>16. Buscar ayuda profesional</b>	16. Pienso en aquéllos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves 34. Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas 52. Trato de tener una visión positiva de la vida 70. Me siento contento(a) de cómo van las cosas	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>17. Buscar diversiones relajantes</b>	17. Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo 35. Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas 53. Pido ayuda a un profesional	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
<b>18. Distracción física</b>	18. Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc. 36. Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades 54. Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia

### 3.4. Procedimiento de recogida de datos

Para la recogida de datos del grupo de **expuestos**, se contactará con la *Asociación de celíacos y sensibles al gluten de la Comunidad de Madrid* para explicar el presente estudio y obtener primeramente el consentimiento de la misma. Al obtenerlo, se elegirán los individuos que cumplan los criterios de inclusión y que quieran participar en el estudio. Se les explicará el estudio de forma online mediante una hoja de Google Form y se les aportará un consentimiento informado.

Después de esto, se enviará un cuestionario en formato Google Form a los adolescentes con EC para que lo rellenen, donde aparecen las va-

riables que se quieren estudiar. Este cuestionario se pasará de forma online para que los mismos los rellenen en sus domicilios y de forma anónima.

Por otra parte, para la recogida de datos del grupo de **no expuestos**, se realizará con un muestreo no aleatorio en bola de nieve, para así escoger a adolescentes de diferentes partes de la Comunidad de Madrid. Se escogerá a los individuos que se encuentren dentro de los criterios de inclusión descritos previamente. Se les explicará el estudio a realizar de forma online y se pedirá su participación en el mismo, con la cumplimentación del pertinente consentimiento informado.

La recogida de datos se realizará por parte de la investigadora principal y se tendrá el apoyo de la *Asociación de celíacos y sensibles al gluten* y de las personas que colaboren para la detección de adolescentes.

Respecto a la confidencialidad de los datos, el cuestionario se realizará de forma anónima sin pedir nombre ni apellidos, por lo tanto no será necesario la codificación de los mismos y de esta manera, se cumplirá la Ley de protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Después de haber recogido la totalidad de los datos del cuestionario, la información obtenida se plasmará en una hoja de cálculo de Google para poder analizarla posteriormente.

### 3.5. Análisis de los datos

Para llevar a cabo el análisis de los datos del estudio se va a utilizar la hoja de cálculo del buscador Google. En dicha hoja también se llevará a cabo el registro de los datos obtenidos mediante las encuestas realizadas en el cuestionario Google Form.

En las variables cualitativas, se realizarán los estadísticos de frecuencias, porcentajes y Chi-cuadrado. Posteriormente, se realizarán diferentes comparaciones entre ambos grupos de cohortes, de las estrategias de afrontamiento de las subescalas de la ACS de Frydenberg y Lewis.

## 4. Resultados

El tamaño muestral final alcanzado ha sido de 113 adolescentes. Se han tenido que desestimar un 30% de los cuestionarios debido a una mala cumplimentación del consentimiento informado o por no habitar en la Comunidad de Madrid. Finalmente se aceptaron 79 cuestionarios, correspondiéndose el 63,3% a cuestionarios de adolescentes con EC y el 36,7% a cuestionarios de adolescentes sanos. Todos estos adolescentes manifestaron por escrito el deseo de realizar el cuestionario.

El análisis se ha realizado con una probabili-

dad de  $p=0,05$  y se ha calculado los grados de libertad del estudio con los datos obtenidos ( $gl=4$ ). En base a estos parámetros establecidos se ha considerado un valor de Chi-cuadrado crítico y un valor de Chi-cuadrado calculado, que se ha comparado con el valor previo (Chi-cuadrado crítico).

En relación al tamaño muestral, se destaca la mayor presencia de género femenino en los cuestionarios (67,1%) respecto al género masculino (31,6%) u otros (1,3%). Respecto a la edad, se destaca un mayor porcentaje de adolescentes con 17 años (31,6%), y 16 años (26,6%) respecto a los adolescentes con 14 años (21,5%) y 15 años (20,3%). Se ha calculado que la media de la edad del cuestionario es de 15,68 años.

Las zonas de la Comunidad de Madrid seleccionadas por los adolescentes fueron de mayor a menor porcentaje las siguientes: la zona más habitada con un 32,9% fue la zona sur, con un 19% la zona centro, con un 19% la zona este, con un 17,7% la zona norte y con un 11,4% la zona oeste. Por otro lado, se quiere destacar que un 21,5% de la muestra son adolescentes con padres divorciados, frente al 78,5% de aquellos adolescentes con padres en pareja. Así mismo, los resultados obtenidos con las cohortes establecidas se muestran a continuación mediante tablas de porcentajes.

Las siguientes tablas muestran cuáles son los resultados de la investigación obtenidos de las variables analizadas pertenecientes a la escala ACS dividiéndose a su vez entre las cohortes de adolescentes con EC y adolescentes sanos. Esta escala se ha enviado a través de un formulario en el que se ha realizado un análisis mediante la hoja de cálculo Excel, y se ha analizado cada cuestionario de forma individual, y a continuación se ha realizado un porcentaje final de la utilización de las 18 estrategias de afrontamiento de la ACS.

Debido al interés del presente proyecto, con respecto a las variables de estudio, se ha realizado un análisis de las siguientes: "*Buscar apoyo social*", "*Concentrarse en resolver el problema*", "*Esforzarse y tener éxito*", "*Preocuparse*", "*Falta de afrontamiento*", "*Ignorar el problema*", "*Autoinculparse*" y "*Buscar ayuda profesional*".

**TABLA 4.** Resultados obtenidos de las variables socio-demográficas.

Variables socio-demográficas		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos	
Género	Femenino	n= 36	72%	n= 17	58,6%
	Masculino	n= 13	26%	n= 12	41,4%
	Otro	n= 1	2%	n= 0	0%
Edad	14	n= 9	18%	n= 8	27,6%
	15	n= 9	18%	n= 7	24,1%
	16	n= 15	30%	n= 6	20,7%
	17	n= 17	34%	n= 8	27,6%
Zona Comunidad de Madrid	Norte	n= 11	22%	n= 3	10,3%
	Centro	n= 11	22%	n= 4	13,8
	Este	n= 6	12%	n= 9	31%
	Oeste	n= 7	14%	n= 2	6,9%
	Sur	n= 15	30%	n= 11	37,9%
Padres divorciados	Sí	n= 10	20%	n= 7	24,1%
	No	n= 40	80%	n= 22	75,9%

**TABLA 5.** Resultados obtenidos en la variable 1 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
1. Buscar apoyo social	Nunca lo hago	n=3	6%	n=0	0%		
	Lo hago raras veces	n=6	12%	n=0	0%		
	Lo hago algunas veces	n=20	40%	n=9	31%		
	Lo hago a menudo	n=19	38%	n=14	48,3%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=2	4%	n=6	20,7%		
						11,13449393	9,487729037

En la primera variable (Tabla 5) se puede determinar que con un porcentaje del 48,3% de la cohorte de adolescentes sanos utilizan a menudo esta estrategia de afrontamiento en comparación con el porcentaje mayoritario de adolescentes con EC (40%) que la utilizan algunas veces. También es destacable el porcentaje de adolescentes con EC (6%) que no utilizan esta estrategia frente al porcentaje de adolescentes sanos que nunca la utilizan (0%).

El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 11,13; al ser este número superior al valor del **Chi-cuadrado crítico**, siendo 9,48; se puede determinar

que existen diferencias significativas en esta estrategia de afrontamiento entre la cohorte de adolescentes con EC frente a adolescentes sanos. Por lo tanto, se puede afirmar que el grupo de cohorte de adolescentes sanos utiliza con mayor frecuencia esta estrategia frente a la cohorte de adolescentes con EC.

Con estos resultados se puede afirmar que los adolescentes con EC buscan menos apoyo social que los adolescentes sanos con respecto a los porcentajes anteriormente detallados.

En la segunda estrategia de afrontamiento (Tabla 6) se quiere destacar que un 58,6% de adolescentes sanos utiliza la estrategia a me-

**TABLA 6.** Resultados obtenidos en la variable 2 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
2. Concentrarse en resolver el problema	Nunca lo hago	n=0	0%	n=1	3,4%		
	Lo hago raras veces	n=9	18%	n=3	10,3%		
	Lo hago algunas veces	n=19	38%	n=8	27,6%		
	Lo hago a menudo	n=21	42%	n=10	34,5%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=1	2%	n=7	24,1%		
						12,16180314	9,487729037

**TABLA 7.** Resultados obtenidos en la variable 3 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
3. Esforzarse y tener éxito	Nunca lo hago	n=0	0%	n=0	0%		
	Lo hago raras veces	n=2	4%	n=3	10,3%		
	Lo hago algunas veces	n=20	40%	n=7	24,1%		
	Lo hago a menudo	n=23	46%	n=13	44,8%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=5	10%	n=6	20,7%		
						4,030467549	9,487729037

nudo (34,5%) y con mucha frecuencia (24,1%) frente a los adolescentes con EC que la utilizan en un 44% en estos mismos indicadores anteriormente mencionados.

El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 12,16. Al ser este número superior al valor del **Chi-cuadrado crítico**, siendo 9,48; se puede determinar que existen diferencias significativas en esta estrategia de afrontamiento entre la cohorte de adolescentes con EC frente a adolescentes sanos. Por lo tanto, se puede afirmar que el grupo de cohorte de adolescentes sanos utiliza con mayor frecuencia esta estrategia frente a la cohorte de adolescentes con EC, estimándose que los adolescentes sanos utilizan en mayor medida la estrategia de concentrarse en resolver un problema.

Respecto a la tercera variable “*Esforzarse y tener éxito*” (Tabla 7), se ha querido destacar que ambas cohortes tienen un 0% de resultados ante el indicador nunca lo hago en esta estrate-

gia de afrontamiento. También, se destaca que la cohorte de adolescentes con EC con el mayor porcentaje (46%) utilizan esta estrategia a menudo y la cohorte de adolescentes sanos en un 44,8% la utilizan a menudo. De esta manera, se puede estimar que esta estrategia es utilizada por ambas cohortes de manera similar.

El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 4,03. Al ser este número inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico**, siendo 9,48; se puede determinar que no existen diferencias significativas en el uso de esta estrategia de afrontamiento entre ambas cohortes.

Por lo tanto, se puede afirmar que el grupo de cohorte de adolescentes sanos utiliza esta estrategia (*Esforzarse y tener éxito*) de manera similar frente a la cohorte de adolescentes con EC.

Por otro lado, en la cuarta variable de la investigación (Tabla 8) se destacaría un porcentaje mayoritario del 64% en la cohorte de adolescentes con EC en el indicador lo hago a menudo

**TABLA 8.** Resultados obtenidos en la variable 4 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
4. Preocuparse	Nunca lo hago	n=0	0%	n=0	0%		
	Lo hago raras veces	n=0	0%	n=0	0%		
	Lo hago algunas veces	n=8	16%	n=4	13,8%		
	Lo hago a menudo	n=32	64%	n=13	44,8%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=10	20%	n=12	41,4%		
						4,255818878	9,487729037

**TABLA 9.** Resultados obtenidos en la variable 8 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
8. Falta de afrontamiento	Nunca lo hago	n=0	0%	n=1	3,4%		
	Lo hago raras veces	n=30	60%	n=15	51,7%		
	Lo hago algunas veces	n=14	28%	n=12	41,4%		
	Lo hago a menudo	n=6	12%	n=1	3,4%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=0	0%	n=0	0%		
						4,458006821	9,487729037

**TABLA 10.** Resultados obtenidos en la variable 11 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
11. Ignorar el problema	Nunca lo hago	n=22	44%	n=5	17,2%		
	Lo hago raras veces	n=25	50%	n=18	62,1%		
	Lo hago algunas veces	n=3	6%	n=5	17,2%		
	Lo hago a menudo	n=0	0%	n=1	3,4%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=0	0%	n=0	0%		
						8,351060694	9,487729037

y un porcentaje del 44,8% en la cohorte de adolescentes sanos en el mismo indicador. Con los datos mencionados en el párrafo anterior se destaca que ambas cohortes se preocupan en porcentajes muy similares.

El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 4,25. Al ser este número inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico**, siendo 9,48; se puede determinar que no existen diferencias significativas en el uso de

esta estrategia de afrontamiento entre ambas cohortes.

Por lo tanto, se puede afirmar que el grupo de cohorte de adolescentes con EC se preocupa de manera similar frente a la cohorte de adolescentes sanos.

En la variable "*Falta de afrontamiento*" (Tabla 9) se puede determinar la coincidencia entre ambas cohortes con un porcentaje del 0% que utilizan esta estrategia con mucha frecuencia.



**TABLA 11.** Resultados obtenidos en la variable 12 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
12. Autoinculparse	Nunca lo hago	n=9	18%	n=4	13,8%		
	Lo hago raras veces	n=27	54%	n=17	58,6%		
	Lo hago algunas veces	n=14	28%	n=6	20,7%		
	Lo hago a menudo	n=0	0%	n=2	6,9%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=0	0%	n=0	0%		
						4,10348517	9,487729037

**TABLA 12.** Resultados obtenidos en la variable 16 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
16. Buscar ayuda profesional	Nunca lo hago	n=0	0%	n=0	0%		
	Lo hago raras veces	n=11	22%	n=2	6,9%		
	Lo hago algunas veces	n=21	42%	n=11	37,9%		
	Lo hago a menudo	n=17	34%	n=13	44,8%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=1	2%	n=3	10,3%		
						5,710325707	9,487729037

Se quiere destacar que tanto adolescentes con EC como adolescentes sanos utilizan esta estrategia raras veces en un 60% y un 51,7% respectivamente. Por lo tanto, habría coincidencia en el uso de esta estrategia en ambas cohortes. El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 4,45. Al ser este número inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico**, siendo 9,48; se puede determinar que no existen diferencias significativas en el uso de esta estrategia de afrontamiento entre ambas cohortes.

Por otro lado, en esta variable (Tabla 10) se observa que dentro de la cohorte de adolescentes con EC utilizan esta estrategia raras veces en un 50%, frente al grupo de adolescentes celíacos que la utilizan raras veces en un 62,1%. Se puede observar que es más alto el porcentaje de adolescentes celíacos que de forma general (94%) no ignoran el problema nunca (44%) o raras veces (50%) con respecto al grupo de sanos con un porcentaje general de 79,3% que nunca (17,2%) o raras veces (62,1%) lo ignoran.

Sin embargo, el estadístico **Chi-cuadrado cal-**

**culado** en esta variable, tiene un valor numérico de 8,35; siendo inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico** (9,48). Esto se traduce en que no existen diferencias significativas en el uso de esta estrategia de afrontamiento entre ambas cohortes (adolescentes con EC y sanos ignoran el problema de forma similar).

Respecto a la variable “Autoinculparse” (Tabla 11), se puede destacar que la cohorte de adolescentes con EC utiliza esta estrategia raras veces con un 54% con respecto a la cohorte de adolescentes sanos que la utilizan raras veces con un 58,6%. Estos porcentajes son muy parecidos, por lo tanto, se podría estimar que ambos grupos utilizan esta estrategia raras veces coincidiendo en datos numéricos.

El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 4,10. Al ser este número inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico** (9,48), se puede determinar que no existen diferencias significativas en el uso de esta estrategia de afrontamiento (**Autoinculparse**) entre ambas cohortes.

Para finalizar, se ha observado que la variable "*Buscar ayuda profesional*" (Tabla 12) es utilizada por ambas cohortes de manera diferente; en el grupo de adolescentes con EC se utiliza esta estrategia de afrontamiento algunas veces (42%) con un porcentaje mayoritario, frente al grupo de adolescentes sanos que la utilizan a menudo (44,8%).

Sin embargo, el estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 5,71. Como este número es inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico** (9,48), se afirma que no existen diferencias significativas en el uso de esta estrategia de afrontamiento; es decir ambas cohortes buscan ayuda profesional en la misma proporción.

## 5. Discusión y conclusiones

La utilización de la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis, ha permitido la recogida de datos pertinentes para el análisis de las variables de estudio en las dos cohortes de investigación. Con estos resultados se han podido observar las diferencias en las estrategias de afrontamiento de cada cohorte.

Los resultados obtenidos en la investigación demuestran que hay variables analizadas en las que existen diferencias significativas frente a otras en las que no existen diferencias.

Por ejemplo, variables como "*Buscar apoyo social*" y "*Concentrarse en resolver el problema*" han demostrado tener diferencias significativas. Se trata de estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas por la cohorte de adolescentes sanos frente a la cohorte de adolescentes con EC.

No obstante, las otras variables estudiadas no muestran diferencias significativas en el análisis, destacando que las mismas estrategias son utilizadas en la misma medida por ambas cohortes estudiadas.

Por lo tanto, de manera global son más las estrategias de afrontamiento estudiadas que no comportan evidencia significativa frente a las que sí tienen evidencia.

Debido a lo mencionado anteriormente, existe la necesidad de continuar con la realización

de investigaciones más exhaustivas con una muestra más amplia para poder observar si realmente existen diferencias en las estrategias de afrontamiento de ambas cohortes.

También, sería interesante la realización de diversas intervenciones de enfermería como líneas futuras de investigación, enfocadas sobre todo a la promoción de estrategias de afrontamiento en adolescentes y a la adhesión a la dieta sin gluten.

## 6. Consideraciones éticas

Una vez elaborado el diseño del proyecto, se ha enviado al Comité de Ética e Investigación del Hospital 12 de Octubre para la aceptación del mismo. Una vez conseguido lo anterior, se ha pedido colaboración y permiso a la *Asociación de celíacos y sensibles al gluten de la Comunidad de Madrid* para la obtención de la muestra de adolescentes celíacos.

Asimismo, tanto el investigador principal como cada persona colaboradora y que participe en el estudio han firmado un consentimiento informado en formato online en el que se respetarán los datos obtenidos mediante la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los Derechos digitales [34] y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) [35].

La recogida de datos del estudio se ha realizado de forma anónima como se ha explicado anteriormente, sin incluir nombre ni apellidos, para que en todo momento se respete el anonimato y esté presente la protección de los datos debida.

Tanto el consentimiento como el estudio de investigación están basados en los principios éticos fundamentales de *no maleficencia*, *beneficencia*, *autonomía* y *justicia*; para que de esta manera se respeten los datos de las personas que participen en el estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanz-Carrillo, C. (1999). Estrés y hospitalización: aspectos psicológicos e intervención. Madrid: UNED-FUE.
2. Compas B, Jaser S, Dunn M, et al. Afrontar las enfermedades crónicas en la infancia y la adolescencia. *Psicología Clínica*. 2012; 8: 445-480.
3. Vázquez Valverde C, Crespo López M, Ring JM. Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena Vilarrasa, G. E. Berrios & P. Fernández de Larrinoa Palacios, *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona (31):425-435.
4. Solís Manrique C, Vidal Miranda A. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Rev psiqu y salud mental Hermilio Valdizan*. 2006; 7 (1): 33-39.
5. Urzúa Morales A, Jarne Esparcia A. Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Interam J Psychol*. 2008, 42 (1): 151-160. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a16.pdf>
6. Caridad Serrano A. Estudio de casos sobre afrontamiento familiar ante enfermedades crónicas en niños y adolescentes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 2015; 18 (2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2015/epi152l.pdf>
7. Flores-Carvajal D, Urzúa Morales A. Propuesta de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica en adolescentes. *Rev Chil Pediatr*. 2016; 87 (3): 169-174. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0370410615002053?token=783E47B3252C4D361B83992B3A21BDA77501B8DC0FD4A4DE84E17B0B41DCE90E95B09585A53ED7F8D21CD9D7880C6CB3&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211116174730>
8. Russo C, Lobo R, Leichter H. Impacto del diagnóstico y manejo de la enfermedad celíaca de un niño en la familia. *Dig Dis Sci*. 2020; 10: 2959-2969. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32415563/>
9. Skjerning H, Oh Mahony R, Husby S. Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con enfermedad celíaca: datos impulsados por pacientes a partir de entrevistas de grupos focales. *Qual life res*. 2014; 23: 1883-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24445753/>
10. Castellano Barca G. El adolescente y su entorno. *Ped integr. Cantabria*. 2013; 17 (2): 109-116. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2013-03/el-adolescente-y-su-entorno/>
11. Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia. American Academy of Pediatrics. 2019. [Citado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx?gclid=EAlalQobChMI8r36-oKb9AIVBp3VCh3ibQYQEAMYAIAAEgJXPfD\\_BwE](https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx?gclid=EAlalQobChMI8r36-oKb9AIVBp3VCh3ibQYQEAMYAIAAEgJXPfD_BwE)
12. Polanco Allué I. Enfermedad celíaca. *Rev Lab Clín*. 2014; 7 (4): 141-144. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888400814000695>
13. Wagner G, Zeiler M, Grylli V. Enfermedad celíaca en la adolescencia: estrategias de afrontamiento y factores de personalidad que inciden en el cumplimiento de la dieta sin gluten. *Appetite*. 2016; 1: 55-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26924559/>
14. Navalón Ramon E, Juan Garcia Y, Pinzón Rivadeneira A. Prevalencia y características de la enfermedad celíaca en la fachada mediterránea peninsular. Valencia. *Semerger*. 2016; 42 (8): 514-522. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semerger-40-articulo-prevalenciaca-racteristicas-enfermedad-celiaca-fachada-S1138359315003317>
15. Sierra M, Hernanz N. Enfermedad celíaca. Elsevier. 2020; 13 (1): 9-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220300020>
16. Faccio D. Manual ilustrado del singlutenista. 3ª Ed. 2020
17. Moscoso F, Quera R. Enfermedad celíaca: revisión. *Rev méd clín Las Condes*. 2015; 26, (5): 613-627. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015001261>
18. Nutrición Hospitalaria. 2020; 37 (5). [Citado el 4 de enero de 2021]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112020000700023](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000700023)

19. López García EP. La enfermedad del siglo XXI: Celiacía en el niño . Rev. enferm. CyL. 2017; 9 (1).
20. Herdman H, Kamitsuru S, NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. Elsevier (Septiembre). 2021; 12ª Ed. [Citado el 3 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
21. Ortiz M. Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terap Psicol.* 2006; 24 (2): 139-148. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78524203.pdf>
22. Iturralde E, Weissberf-Benchell J, Hood KK. Avoidant coping and diabetes-related distress: pathways to adolescents' type I Diabetes outcomes. *Health Psychol.* 2017; 36(3): 236-244. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7302678/>
23. Jaser SS, Patel N, Xu M, Tamborlane WV, Grey M. Stress and coping predicts adjustment and glycemic control in adolescents with type 1 Diabetes. *Ann Behav Med.* 2017; 51(1): 30-38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5253083/>
24. Jaser SS, Faulkner MS, Whittemore R, Jeon S, Murphy K, Delamater A, et al. Coping, self-management, and adaptation in adolescents with tipe 1 Diabetes. *Ann Behav Med.* 2012; 43(3): 311-319. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3350612/>
25. Jaser SS, White LE. Coping and resilience in adolescents with type 1 Diabetes. *Child Care Health Dev.* 2011 May; 37(3): 335-342. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134245/>
26. Ortigosa JM, Méndez FX, Riquelme A. Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología.* 2009; 6(2-3): 413-428.
27. Desjardins L, Rodriguez E, Madeline Dunn, Bemis H, Murphy L, Manring S, et al. Coping and social adjustment in pediatric oncology: from diagnosis to 12 months. *J Pediatr Psychol.* 2020; 45 (10): 1199-1207. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7588103/>
28. Compas BE, Desjardins L, Vannatta K, Young - Saleme T, Rodriguez EM, Dunn M, et al. Children and adolescents coping with cancer: self - and parent reports of coping and anxiety/ depression. *Health Psychol.* 2014; 33(8): 853-861. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241756/>
29. Rojas M, Oyarzún A, Ayala J , Araya M. Calidad de vida relacionada a la salud en niños y adolescentes con enfermedad celíaca. *Rev chil pediatr.* Santiago. 2019; 90 (6). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062019000600632&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062019000600632&script=sci_arttext)
30. Cabañero MA. Calidad de vida de los adolescentes afectados de enfermedad celíaca. Univ de Murcia. 2009. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/10680/1/CabaneroPisa.pdf>
31. Varela A. Estudio de la calidad de vida en niños y adultos de Galicia con enfermedad celíaca. Universidad de Santiago de Compostela. 2013. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=121872>
32. Instituto nacional de estadística. Nacionales, por comunidades autónomas y provincias. Tablas comparadas de comunidades autónomas y provincias. 2022. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=36780>
33. Canessa, B. Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. 2002. Persona, 191- 233.
34. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales. España: Jefatura del estado; 2018.
35. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. Europa: Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea; 2016.

## ANEXO 1. Consentimiento informado

Estoy realizando un estudio de investigación para obtener información acerca del afrontamiento de la enfermedad celíaca en adolescentes. Para llevar a cabo este proyecto necesito de tu colaboración, es totalmente voluntario y el tratamiento de los datos obtenidos se realizará respetando la Ley de Protección de datos, de forma anónima.

☐ Doy mi consentimiento en la participación del estudio.

## ANEXO 2. Cuestionario para la recogida de datos

### Datos socio-demográficos

Edad:

☐ 14      ☐ 15      ☐ 16      ☐ 17

Género:

☐ Femenino      ☐ Masculino      ☐ Otros

Zona de la Comunidad de Madrid:

☐ Norte      ☐ Sur      ☐ Centro      ☐ Este      ☐ Oeste

Padres separados:

☐ Sí      ☐ No

¿Tienes enfermedad celíaca?

☐ Sí      ☐ No

## ANEXO 3. Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la letra correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar con una "X" sobre la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar frente a los problemas. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

- Nunca lo hago      A (1)
- Lo hago raras veces      B (2)
- Lo hago algunas veces      C (3)
- Lo hago a menudo      D (4)
- Lo hago con mucha frecuencia      E (5)

Por ejemplo, si *algunas veces* te enfrentas a tus problemas mediante la acción de “Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema”, deberías marcar la C como se indica a continuación:

1	Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema	A	B	C	D	E
2	Me dedico a resolver lo que está provocando el problema	A	B	C	D	E
3	Sigo con mis tareas como es debido	A	B	C	D	E
4	Me preocupo por mi futuro	A	B	C	D	E
5	Me reúno con mis amigos más cercanos	A	B	C	D	E
6	Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan	A	B	C	D	E
7	Espero que me ocurra lo mejor	A	B	C	D	E
8	Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada	A	B	C	D	E
9	Me pongo a llorar y/o gritar	A	B	C	D	E
10	Organiza una acción en relación con mi problema	A	B	C	D	E
11	Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema	A	B	C	D	E
12	Ignoro el problema	A	B	C	D	E
13	Ante los problemas, tiendo a criticarme	A	B	C	D	E
14	Guardo mis sentimientos para mí solo(a)	A	B	C	D	E
15	Dejo que Dios me ayude con mis problemas	A	B	C	D	E
16	Pienso en aquéllos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves	A	B	C	D	E
17	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo	A	B	C	D	E
18	Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc.	A	B	C	D	E
19	Practico un deporte	A	B	C	D	E
20	Hablo con otros para apoyarnos mutuamente	A	B	C	D	E
21	Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades	A	B	C	D	E
22	Sigo asistiendo a clases	A	B	C	D	E
23	Me preocupo por buscar mi felicidad	A	B	C	D	E
24	Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a)	A	B	C	D	E
25	Me preocupo por mis relaciones con los demás	A	B	C	D	E
26	Espero que un milagro resuelva mis problemas	A	B	C	D	E
27	Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a)	A	B	C	D	E
28	Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas	A	B	C	D	E
29	Organizo un grupo que se ocupe del problema	A	B	C	D	E
30	Decido ignorar conscientemente el problema	A	B	C	D	E
31	Me doy cuenta que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas	A	B	C	D	E
32	Evito estar con la gente	A	B	C	D	E



33	Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas	A	B	C	D	E
34	Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas	A	B	C	D	E
35	Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas	A	B	C	D	E
36	Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades	A	B	C	D	E
37	Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud	A	B	C	D	E
38	Busco ánimo en otras personas	A	B	C	D	E
39	Considero otras puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta	A	B	C	D	E
40	Trabajo intensamente (Trabajo duro)	A	B	C	D	E
41	Me preocupo por lo que está pasando	A	B	C	D	E
42	Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a)	A	B	C	D	E
43	Trato de adaptarme a mis amigos	A	B	C	D	E
44	Espero que el problema se resuelva por si sólo	A	B	C	D	E
45	Me pongo mal (Me enfermo)	A	B	C	D	E
46	Culpo a los demás de mis problemas	A	B	C	D	E
47	Me reúno con otras personas para analizar el problema	A	B	C	D	E
48	Saco el problema de mi mente	A	B	C	D	E
49	Me siento culpable por los problemas que me ocurren	A	B	C	D	E
50	Evito que otros se enteren de lo que me preocupa	A	B	C	D	E
51	Leo la Biblia o un libro sagrado	A	B	C	D	E
52	Trato de tener una visión positiva de la vida	A	B	C	D	E
53	Pido ayuda a un profesional	A	B	C	D	E
54	Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan	A	B	C	D	E
55	Hago ejercicios físicos para distraerme	A	B	C	D	E
56	Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	A	B	C	D	E
57	Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago	A	B	C	D	E
58	Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo	A	B	C	D	E
59	Me preocupo por las cosas que me puedan pasar	A	B	C	D	E
60	Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica	A	B	C	D	E
61	Trato de mejorar mi relación personal con los demás	A	B	C	D	E
62	Sueño despierto que las cosas van a mejorar	A	B	C	D	E
63	Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos	A	B	C	D	E
64	Ante los problemas, cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo	A	B	C	D	E
65	Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo	A	B	C	D	E
66	Cuando tengo problemas, me aislo para poder evitados	A	B	C	D	E
67	Me considero culpable de los problemas que me afectan	A	B	C	D	E
68	Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento	A	B	C	D	E

69	Pido a Dios que cuide de mí	A	B	C	D	E
70	Me siento contento(a) de cómo van las cosas	A	B	C	D	E
71	Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo	A	B	C	D	E
72	Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas	A	B	C	D	E
73	Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema	A	B	C	D	E
74	Me dedico a mis tareas en vez de salir	A	B	C	D	E
75	Me preocupo por el futuro del mundo	A	B	C	D	E
76	Procuro pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir	A	B	C	D	E
77	Hago lo que quieren mis amigos	A	B	C	D	E
78	Me imagino que las cosas van a ir mejor	A	B	C	D	E
79	Sufro dolores de cabeza o de estómago	A	B	C	D	E
80	Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar o gritar o beber o tomar drogas	A	B	C	D	E