

DESARROLLO DE LA IDENTIDAD Y LA SALUD MENTAL DURANTE LA ADULTEZ EMERGENTE EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA DE ESPAÑA



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea



Paula Domínguez Alarcón

Inmaculada Sánchez Queija

Águeda Parra Jiménez

Marta Díez López

Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

Proyecto Transición a la Adulthood en España (<http://grupos.us.es/transadulthood/>)

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (RTI2018-097405-B-I00); y el Ministerio de Economía y Competitividad (EDU2013-45687-R).

INTRODUCCIÓN

La **identidad**, entendida como un proceso, es un constructo que Erikson estudió y desarrolló ampliamente por considerarla una tarea evolutiva central de la transición a la adultez (Erikson, 1968). Numerosos estudios han investigado su relación con el ajuste, la salud mental y el bienestar de la persona (Luyckx et al., 2005; 2008; Schwartz et al., 2015).

Según Erikson, el **proceso de desarrollo identitario**, o **PDI...**

...se inicia en la **adolescencia** y puede extenderse hasta la propia **adultez**

...se ve influido por el **contexto socio-cultural e histórico**

...y por **factores personales**.

El **Modelo del Ciclo Dual** (MCD), de Luyckx et al. (2005), define el PDI como un proceso continuo y gradual en el que...

...se asumen **compromisos vitales** (*actividades laborales y-o extralaborales que promueven el desarrollo personal y experiencial*)

...a través de la **exploración** de todas las opciones disponibles

...y la **identificación o desidentificación** con éstas

Este proceso es **cíclico**, es decir, la persona reevalúa sus opciones y repite la exploración, la identificación/desidentificación y la asunción de compromisos tantas veces como necesite. La consolidación de la identidad se relaciona con el establecimiento de compromisos propios y la identificación intrínseca con estos, mientras que la exploración es la vía que lleva a la persona, o no, a esa consolidación (Luyckx et al., 2005; Marcia, 1966).

En la actualidad, este proceso de desarrollo de identidad es importante en la etapa evolutiva denominada **adultez emergente** (Arnett, 2000), que comprende a aquellos/as jóvenes de edades comprendidas entre los 18-29 años. Sus características son:

- a) Es una etapa de **exploración y consolidación de la identidad**.
- b) Es una etapa marcada por mucha **inestabilidad** en todas las áreas vitales.
- c) El adulto/a emergente está más **centrado en sí mismo** que en otras etapas (**Self-Focused**).
- d) Hay un sentimiento generalizado de **no sentirse ni adulto ni adolescente**, de estar en medio de ambas etapas.
- e) Es una etapa de muchas puertas abiertas y **posibilidades**.

Las líneas de investigación más actuales que han puesto su foco de atención en la relación entre identidad y salud mental han analizado, principalmente, los niveles de ansiedad, depresión y estrés (ADE) presentes en el estudiantado universitario. Algunos estudios con muestras americanas y europeas encuentran tasas de incidencia clínica que oscilan entre el 18% y el 86.5% dependiendo de la región (Beiter et al, 2015; Cardona et al, 2015; Marthoenis et al, 2018; NUS, 2017; Oliveira et al, 2015; Riveros et al, 2007; Singh et al, 2017; UPB, 2005; YouthSight, 2013). Un estudio con alumnado de España encuentra una tasa de incidencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarios que oscila entre el 26.1% y el 55.6% (Balanza, Morales y Guerrero, 2009).

Otros relacionan esa sintomatología con el PDI y encuentran resultados significativos entre algunos procesos específicos de la construcción de identidad (p.e., la reconsideración del compromiso) y la incidencia de ansiedad y depresión (Schwartz et al., 2015). De hecho, se encontró relación entre un desarrollo pobre o difuso de la identidad (basándose en si los/as participantes adquirían compromisos y se identificaban con ellos, o no) y un riesgo mayor de padecer esta sintomatología, así como un peor ajuste que quienes tienen un desarrollo más completo (Crocetti et al., 2009; 2013; Schwartz et al., 2015).

Otra variable relevante en el estudio del PDI es el **sexo**. Hay autores que señalan que hay diferencias en el PDI entre chicos y chicas. Dichos autores consideran que ellos y ellas tienen trayectorias de PDI **diferenciadas** que los/as predisponen a desarrollar compromisos identitarios diferentes. Estas diferencias, que pueden ser una extensión de los roles de género que forman parte del ideario social, condicionan la forma en que ellos y ellas asumen el PDI (Norona et al., 2016).

OBJETIVO

El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre los procesos de desarrollo identitarios (PDI) y la incidencia de síntomas clínicos de ansiedad, depresión y estrés (ADE) durante la adultez emergente desde una perspectiva de género.

MÉTODO

MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 1502 jóvenes (60.1% chicas y 39.9% chicos) de las universidades españolas del País Vasco (UPV/EHU) y de Sevilla (US) con edades comprendidas entre los 18 y los 29 años ($M = 20.32$, $DT = 2.13$), de las cinco ramas de conocimiento.

INSTRUMENTOS

- ❖ La **Identity Development Scale** (Luyckx et al., 2008) consta de 25 ítems, con escala de respuesta tipo líkert que se dividen en cinco subescalas: **Formación de compromisos** (FC; $\alpha = .93$), **Identificación con el compromiso** (IC; $\alpha = .92$), **Exploración en amplitud** (EA; $\alpha = .87$), **Exploración en profundidad** (EP; $\alpha = .84$) y **Exploración rumiativa** (ER; $\alpha = .88$).

MÉTODO

INSTRUMENTOS

- ❖ La **Depression Anxiety Stress Scales** (DASS; Lovibond y Lovibond, 1995; Bados et al., 2005) mide los niveles de **ansiedad** ($\alpha = .86$), **depresión** ($\alpha = .90$) y **estrés** ($\alpha = .85$) de las y los participantes a través de 21 ítems con escala de respuesta tipo líkert. Los autores originales clasifican las puntuaciones totales en cinco categorías ordenadas por gravedad: Asintomático/normal, leve, moderado, severo y muy severo. Para esta investigación se clasificaron las puntuaciones en **clínicas** y **no clínicas**. Las puntuaciones categorizadas como normales y leves se encuadraron en el grupo **no clínico**, y las moderados, severas y muy severas en el **clínico**.

MÉTODO

PROCEDIMIENTO

Se administró la IDS en horario lectivo al alumnado de la US y la UPV de entre 18 y 29 años de edad. El cuestionario se administró en formato lápiz y papel.

Para analizar los datos se realizaron pruebas descriptivas, análisis correlacionales (r de Pearson), ANOVAs de un factor y regresiones logísticas binarias con SPSS v26.

Se obtuvo el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía.

RESULTADOS

TABLA 1

Estadísticos descriptivos y ANOVA de los cinco procesos del PDI comparando a los chicos y chicas de la muestra.

	Formación de Compromisos		Identificación con el Compromiso		Exploración en Amplitud		Exploración en Profundidad		Exploración Rumiativa	
	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)
Chicos	3.75 (.87)	0.78	3.72 (.86)	3.93*	3.81 (.79)	2.32	3.42 (.78)	5.70*	3.05 (1.02)	4.33*
Chicas	3.71 (.89)	(1, 1491)	3.63 (.86)	(1, 1490)	3.88 (.79)	(1, 1487)	3.52 (.79)	(1, 1486)	3.16 (.96)	(1, 1485)

*p<.05; **p<.01; ***p<.001.

TABLA 2

Estadísticos descriptivos y ANOVA de los síntomas de ADE de los chicos y chicas de la muestra.

	Ansiedad		Depresión		Estrés	
	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)
Chicos	7.20 (7.26)	5.10*	9.09 (8.06)	2.51	12.57 (8.64)	33.41***
Chicas	8.11 (7.87)	(1, 1491)	9.76 (8.04)	(1, 1491)	15.27 (8.98)	(1, 1491)

*p<.05; **p<.01; ***p<.001.

RESULTADOS

TABLA 3

Estadísticos descriptivos y ANOVA de los cinco procesos del PDI comparando los grupos clínico y no clínico de **ansiedad** de los **chicos** de la muestra.

	Formación de Compromisos		Identificación con el Compromiso		Exploración en Amplitud		Exploración en Profundidad		Exploración Rumiativa	
	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)
Grupo no clínico	3.82 (.83)	10,71**	3.78 (.82)	8.25**	3.72 (.82)	22.02***	3.37 (.78)	6.15*	2.92 (.99)	30.36***
Grupo clínico	3.55 (.97)	(1, 590)	3.55 (.94)	(1, 590)	4.07 (.63)	(1, 586)	3.55 (.73)	(1, 585)	3.44 (.98)	(1, 584)

*p<.05; **p<.01; ***p<.001.

TABLA 4

Estadísticos descriptivos y ANOVA de los cinco procesos del PDI comparando los grupos clínico y no clínico de **ansiedad** de las **chicas** de la muestra.

	Formación de Compromisos		Identificación con el Compromiso		Exploración en Amplitud		Exploración en Profundidad		Exploración Rumiativa	
	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)
Grupo no clínico	3.75 (.87)	4.60*	3.68 (.83)	8.39**	3.80 (.79)	21.99***	3.44 (.78)	15.26***	3.09 (.95)	16.71***
Grupo clínico	3.61 (.95)	(1, 892)	3.50 (.91)	(1, 891)	4.08 (.77)	(1, 892)	3.69 (.81)	(1, 892)	3.38 (.97)	(1, 892)

*p<.05; **p<.01; ***p<.001.

RESULTADOS

TABLA 5

Estadísticos descriptivos y ANOVA de los cinco procesos del PDI comparando los grupos clínico y no clínico clínico de **depresión** de los **chicos** de la muestra.

	Formación de Compromisos		Identificación con el Compromiso		Exploración en Amplitud		Exploración en Profundidad		Exploración Rumiativa	
	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)
Grupo no clínico	3.90 (.79)	54.90***	3.86 (.78)	50.09***	3.77 (.81)	6.75**	3.41 (.79)	.01	2.88 (.98)	52.20***
Grupo clínico	3.30 (.96)	(1, 591)	3.29 (.96)	(1, 591)	3.96 (.69)	(1, 587)	3.42 (.74)	(1, 586)	3.58 (.93)	(1, 585)

*p<.05; **p<.01; ***p<.001.

TABLA 6

Estadísticos descriptivos y ANOVA de los cinco procesos del PDI comparando los grupos clínico y no clínico clínico de **depresión** de las **chicas** de la muestra.

	Formación de Compromisos		Identificación con el Compromiso		Exploración en Amplitud		Exploración en Profundidad		Exploración Rumiativa	
	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)
Grupo no clínico	3.82 (.81)	41.44***	3.75 (.81)	46.88***	3.86 (.77)	1.76	3.50 (.79)	.37	3.04 (.93)	40.63***
Grupo clínico	3.41 (1.02)	(1, 892)	3.32 (.91)	(1, 891)	3.94 (.83)	(1, 892)	3.54 (.80)	(1, 892)	3.49 (.97)	(1, 892)

*p<.05; **p<.01; ***p<.001.

RESULTADOS

TABLA 7

Estadísticos descriptivos y ANOVA de los cinco procesos del PDI comparando los grupos clínico y no clínico de **estrés** de los **chicos** de la muestra.

	Formación de Compromisos		Identificación con el Compromiso		Exploración en Amplitud		Exploración en Profundidad		Exploración Rumiativa	
	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)
Grupo no clínico	3.81 (.83)	7.68 **	3.75 (.83)	3.28	3.74 (.79)	19.68***	3.34 (.76)	10.55**	2.94 (.99)	26.50***
Grupo clínico	3.57 (.99)	(1, 588)	3.60 (.95)	(1, 588)	4.08 (.73)	(1, 584)	3.61 (.80)	(1, 583)	3.45 (1.00)	(1, 582)

*p<.05; **p<.01; ***p<.001.

TABLA 8

Estadísticos descriptivos y ANOVA de los cinco procesos del PDI comparando los grupos clínico y no clínico de **estrés** de las **chicas** de la muestra.

	Formación de Compromisos		Identificación con el Compromiso		Exploración en Amplitud		Exploración en Profundidad		Exploración Rumiativa	
	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)	M (DT)	F (gl)
Grupo no clínico	3.78 (.85)	9.57**	3.69 (.82)	8.80**	3.80 (.79)	17.18***	3.46 (.78)	9.97**	3.06 (.95)	23.48***
Grupo clínico	3.58 (.95)	(1, 891)	3.51 (.92)	(1, 890)	4.04 (.77)	(1, 891)	3.63 (.81)	(1, 891)	3.39 (.95)	(1, 891)

*p<.05; **p<.01; ***p<.001.

RESULTADOS

TABLA 9

Modelos de regresión de la predicción de síntomas clínicos/no clínicos en función del sexo y el PDI.

	ESTRÉS			ANSIEDAD			DEPRESIÓN		
	OR	I.C. 95%		OR	I.C. 95%		OR	I.C. 95%	
	Exp(B)	Inferior	Superior	Exp(B)	Inferior	Superior	Exp(B)	Inferior	Superior
Paso 1									
Sexo	1.66***	1.30	2.11	1.16	.92	1.47	1.18	.93	1.50
Paso 2									
Sexo	1.59***	1.24	2.03	1.07	.84	1.37	1.09	.85	1.41
Formación de Compromisos	.83	.66	1.04	.97	.77	1.22	.81	.64	1.02
Identificación con el Compromiso	.93	.73	1.17	.74*	.58	.94	.67**	.52	.85
Exploración en Amplitud	1.53***	1.23	1.91	1.72***	1.37	2.16	1.41**	1.12	1.77
Exploración en Profundidad	1.09	.87	1.36	1.07	.85	1.34	.94	.74	1.19
Exploración Rumiativa	1.24**	1.06	1.46	1.17	.99	1.38	1.32**	1.11	1.57

*p<.05; **p<.01; ***p<.001.

CONCLUSIONES

Hay ligeras **diferencias** por sexo en el PDI de chicos y chicas. **Ellos** tienen más clara su **identificación** con el compromiso, y **ellas**, en cambio, **exploran** más que ellos.

Además, **ellas** tienen una incidencia de síntomas de estrés y ansiedad **mayor**, mientras que los resultados no son concluyentes en los síntomas depresivos.

Estas diferencias...

...pueden ser el reflejo del impacto que los diferentes **roles de género, estereotipos y aprendizajes**, así como las diversas **expectativas sociales y culturales**, tienen en chicos y chicas desde su nacimiento hasta la adolescencia y la adultez.

Es necesario ahondar en las causas que explican estas diferencias entre chicos y chicas en futuras líneas de investigación, de forma que podamos explicar por qué ellas tienen mayores niveles de exploración y ellos de identificación.

CONCLUSIONES

Quienes tienen sintomatología clínica de ADE **exploran** más (en amplitud, profundidad y de forma rumiativa), establecen **menos compromisos** estables y **se sienten más inseguros** de ellos que quienes no tienen síntomas clínicos. Cuando la búsqueda se alarga y no se obtienen compromisos, el proceso genera **tensión** y **síntomas clínicos** (Lyuckx; 2005; Marcia, 1966; Schwartz et al., 2015).

Estos resultados, que coinciden con los modelos teóricos principales (Erikson, 1968; Lyuckx et al., 2005; Lyuckx et al., 2008) y los hallazgos presentes en la literatura sobre identidad y salud mental/ajuste, son un indicio de que...

...cuanto más consolidada se encuentre la identidad de una persona (*entendiendo la consolidación como la formación de compromisos sólidos, estables y alineados con los intereses, metas, creencias y valores de la persona*), **más probable es que tenga un buen ajuste personal y menor malestar o presencia de sintomatología**, y así lo reflejan otros trabajos previos como el de Schwartz et al., 2015; Crocetti et al., 2009, y Crocetti et al., 2013.

CONCLUSIONES

Al buscar los factores que más predicen la sintomatología clínica de ansiedad, depresión y estrés de entre los estudiados:

Ser **chica** es un factor de riesgo, aunque sólo en el estrés y no en la ansiedad ni la depresión, que son más explicadas por los procesos de desarrollo identitario que por el sexo.

La **formación de compromisos**, es decir, la elección de una opción/camino/trayectoria personal o profesional, y la inversión de tiempo, esfuerzo y recursos para desarrollar y desarrollarse en ese ámbito en particular, se da en mayor medida en las personas del grupo no clínico, lo que demuestra su relación con la salud mental. Sin embargo, como muestra la ecuación de regresión, otros aspectos del proceso identitario son mejores predictores de la salud mental en estos años.

¿Cuáles son esos otros factores con más peso en la prevención o desarrollo de síntomas?

La **identificación con el compromiso**, es decir, la posibilidad de que el compromiso elegido esté alineado con los valores, creencias y forma de vida de la **persona**. A diferencia de la formación de compromisos, es un factor de protección en el desarrollo de sintomatología de ansiedad y depresión, pero no en estrés.

CONCLUSIONES

La **Exploración en amplitud**, a su vez, se mostró como un factor de riesgo para los tres tipos de síntomas.

La adultez emergente es una etapa de mucha inestabilidad y de posibilidades. ¿Supone esto un beneficio o un problema en el desarrollo de la identidad?

Tal y como afirma Schwartz, 2004, tener **muchas posibilidades disponibles no siempre garantiza que se escoja una de esas opciones** (en palabras de este autor, “a veces, más es menos”); de hecho, puede dificultar, postergar e, incluso, bloquear la toma de decisiones. Una búsqueda prolongada entre un conjunto muy amplio de posibilidades **dificulta** la formación de compromisos.

Por otro lado, la **Exploración en profundidad**, es decir, la exploración de qué oportunidades de desarrollo ofrece una determinada opción, no obtiene resultados significativos en el modelo de regresión, pero las diferencias significativas en esta dimensión del PDI entre el grupo clínico y no clínico apuntan a una relación positiva de este tipo de exploración con el padecimiento de síntomas.

CONCLUSIONES

Al buscar los factores que más predicen la sintomatología clínica de ansiedad, depresión y estrés de entre los estudiados:

La Exploración Rumiativa, es decir, se mostró como un factor de riesgo para desarrollar sintomatología clínica en estrés y depresión, pero no en ansiedad.

Estos datos no son de extrañar, pues la exploración rumiativa se consideró una estrategia poco eficaz y patologizante desde su descripción por Luyckx et al. (2005, 2008) por ser un tipo de exploración asociado a una carga emocional negativa, inseguridad e inestabilidad constante que NO sólo dificulta la formación de compromisos, sino que afecta a la propia imagen y valía personal. La persona se muestra indecisa por no saber cuál de las opciones es la “mejor” o si podrá llevarla a cabo, lo que al final termina en una procrastinación o evasión del compromiso y las opciones. Esta indecisión se retroalimenta a medida que pasa el tiempo por la falta de compromisos estables.

CONCLUSIONES

Es recomendable para futuras investigaciones efectuar recogidas de datos longitudinales que permitan observar:

- ❖ Las variaciones que se producen en las variables estudiadas a lo largo del tiempo para conocer realmente cómo es el transcurso del PDI en la adultez emergente y tener datos que validen (o no) el Modelo del Ciclo Dual.
- ❖ Los factores que tienen más peso en estos cambios y qué efecto tienen a medio y largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- ❖ Bados, A., Solanas, A., y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(c), 679–683.
- ❖ Balanza, S., Morales, I., y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y salud*, 20(2), 177-187.
- ❖ Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of affective disorders*, 173, 90-96.
- ❖ Cardona-Arias, J. A., Perez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J., & Reyes, Á. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(1), 79-89.
- ❖ Crocetti, E., Klimstra, T. A., Hale, W. W., Koot, H. M., & Meeus, W. (2013). Impact of early adolescent externalizing problem behaviors on identity development in middle to late adolescence: A prospective 7-year longitudinal study. *Journal of youth and adolescence*, 42(11), 1745-1758.
- ❖ Crocetti, E., Klimstra, T., Keijsers, L., Hale, W. W., & Meeus, W. (2009). Anxiety trajectories and identity development in adolescence: A five-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(6), 839-849.
- ❖ Domínguez-Alarcón, P., Sánchez-Queija, I., Parra, A., Díez, M., y Arranz, E. (2019). Ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarios españoles. Comunicación en I Congreso de Promoción de la Salud y el Bienestar en la Enseñanza Superior. Portugal: Ponencia en Universidad de Algarve, Faro.
- ❖ Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis* (No. 7). WW Norton & Company.
- ❖ Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- ❖ Luyckx, K., Goossens, L., Soenens, B., Beyers, W., y Vansteenkiste, M. (2005). Identity statuses based on 4 rather than 2 identity dimensions: Extending and refining Marcia's paradigm. *Journal of youth and adolescence*, 34(6), 605-618.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Luyckx, K., Schwartz, S. J., Berzonsky, M. D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Smits, I. y Goossens, L. (2008). Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality*, 42, 58–82.
- ❖ Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 551-558.
- ❖ Marthoenis, M., Meutia, I., Fathiariani, L., & Sofyan, H. (2018). Prevalence of depression and anxiety among college students living in a disaster-prone region. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(4), 337-340.
- ❖ National Union of Students (2017). Further education and mental health: the experiences of further education students in 2017 [Online] Available at: www.nusconnect.org.uk/resources/further-education-and-mentalhealth-report [Accessed 24 January 2019].
- ❖ Norona, J. C., Preddy, T. M., y Welsh, D. P. (2016). How gender shapes emerging adulthood. In J. J. Arntt (Ed.), *The Oxford Handbook of Emerging Adulthood* (p. 62-86). Oxford University Press.
- ❖ Oliveira, G. S., Rocha, C. A., dos Santos, B. É. F., Sena, I. S., Favaro, L., & Guerreiro, M. C. (2017). Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina da Universidade Federal do Amapá. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 5(3).
- ❖ Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 10(1), 91-102.
- ❖ Schwartz, B. (2004, January). *The paradox of choice: Why more is less*. New York: Ecco.
- ❖ Schwartz, S. J., Hardy, S. A., Zamboanga, B. L., Meca, A., Waterman, A. S., Picariello, S., ... y Forthun, L. F. (2015). Identity in young adulthood: Links with mental health and risky behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 36, 39-52.
- ❖ Singh, M., Goel, N. K., Sharma, M. K., & Bakshi, R. K. (2017). Prevalence of depression, anxiety and stress among students of Punjab University, Chandigarh. *Age (in years)*, 86(211), 52-8.
- ❖ Universidad Pontificia Bolivariana-Bucaramanga, Departamento de Bienestar Universitario (2005). Reporte de consultas atendidas según trastorno y/o diagnóstico establecido en los meses de Juni a Septiembre del año 2005. Documento de trabajo no publicado.
- ❖ YouthSight (2013). *Psychological Distress in the UK Student Population: Prevalence, Timing and Accessing Support*. Final research findings [Online] Available at: <https://www.nightline.ac.uk>.