

# UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE  
MADRID

## OBSERVATORIO DEL ESTUDIANTE

Proyectos POE-UCM 2024

Informe final



## **Soledad no deseada en estudiantes de la UCM: un reto compartido. Proyecto SONDEU**

**Autoras del informe: Elvira Lara Pérez, Lucía Díaz García-Uceda, Ana Belén Calvo Calvo**

**Nº de proyecto: 17**

**Centro gestor: Facultad de Psicología**

## RESUMEN

Aunque la soledad (no deseada) puede manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital, su impacto es mayor en períodos de transición que implican cambios significativos en las relaciones interpersonales. En el caso de los jóvenes universitarios, este fenómeno se ve potenciado por la reestructuración de su vida social, el cambio de residencia, la presión académica y la incursión en sus primeras experiencias románticas y laborales, entre otros factores. Este estudio tuvo como objetivos principales estimar la prevalencia y características de la soledad en la comunidad de estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid, así como identificar sus determinantes sociodemográficos, académicos y de salud mental. Se aplicó un diseño metodológico mixto en dos fases: una cualitativa (grupos focales) y otra cuantitativa (encuesta transversal). En total, 2191 estudiantes menores de 31 años participaron en el análisis final. En la fase cualitativa, 16 estudiantes aportaron sus experiencias en torno a la soledad, lo que permitió enriquecer el diseño de la encuesta posterior. La fase cuantitativa recogió información sobre las siguientes variables: soledad (frecuencia, tipo), salud mental (depresión, ansiedad, experiencias psicóticas, comportamiento suicida), bienestar y relaciones sociales, rendimiento académico, adicciones no conductuales y estilo de vida. Los resultados revelaron una prevalencia de soledad elevada: el 27.4% presentó puntuaciones altas en la escala total, y un 57% manifestó sentirse solo al menos una vez por semana. La intensidad del sentimiento fue moderada o alta en más del 70% de los casos reportados. Ser migrante, cursar estudios de máster, consumir psicofármacos, presentar síntomas depresivos, tener un uso problemático de redes sociales y consumir cannabis habitualmente se asociaron significativamente con mayores niveles de soledad. Por el contrario, mayor percepción de apoyo social se asoció con niveles más bajos de soledad. Nuestros hallazgos refuerzan la necesidad de reconocer la soledad como un problema relevante en el ámbito universitario. Estos hallazgos tienen como objetivo promover cambios que integren una nueva forma de atención y promoción de la salud mental en este grupo (es decir, identificación, prevención y manejo de la soledad), así como fomentar la investigación en esta área.

## INTRODUCCIÓN

La experiencia de la soledad (no deseada) es de naturaleza subjetiva y compleja. Está relacionada con las percepciones que tiene un individuo sobre sus interacciones sociales. Es también una emoción negativa vinculada al sentimiento de sentirse separado de una comunidad o de los seres queridos. Desde una perspectiva cognitiva, la soledad constituye un sentimiento subjetivo y desagradable derivado de un desajuste entre la calidad y cantidad de relaciones que deseamos y las que realmente tenemos (Perlman y Peplau, 1981).

La soledad constituye uno de los mayores desafíos sociales de nuestro siglo por su impacto en la salud y bienestar del individuo y la sociedad en su conjunto. Si bien en los últimos años se observa un esfuerzo creciente de instituciones públicas y privadas por implementar medidas para prevenir y reducir la soledad, la magnitud de este fenómeno justifica la necesidad de adoptar medidas más ambiciosas y priorizar la atención en colectivos vulnerables. Numerosos trabajos previos han documentado que un importante número de individuos de distintos países experimentan soledad a un nivel que podría considerarse problemático (Surkalim et al., 2022). El informe europeo "Soledad en la Unión Europea" reveló que, en 2016, alrededor del 12% de los participantes reportó sentimientos frecuentes de soledad (Baarck et al., 2021). Por su parte, el Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada reportó unas cifras que se elevan hasta el 25% cuando se trata de la población más joven (16-29 años) (Fundación ONCE, 2024).

Aun cuando la soledad puede darse en cualquier etapa de la vida, parece ser más frecuente en momentos del ciclo vital donde se producen cambios en la forma de relacionarnos con los demás (Mund et al., 2020). En la población más joven se observa una importante reestructuración de la vida social, con nuevas y más destacadas relaciones entre iguales en detrimento de aquellas del ámbito familiar, cambio de residencia, primeras experiencias románticas y laborales, etc (von Soest et al., 2020). Esto es especialmente notorio durante la etapa universitaria, a la que en muchos casos se une la presión académica por las expectativas y/o necesidades personales, familiares o sociales.

Tradicionalmente, los servicios disponibles para el alumnado universitario estaban centrados en aspectos académicos o logísticos. Sin embargo, la prevención y la promoción del bienestar emocional en el estudiantado a través de servicios específicos resulta primordial, como así lo recoge la actual ley del sistema universitario (Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo). Estudios previos financiados por el Observatorio sobre la salud mental en estudiantes de doctorado han puesto de manifiesto que entre el 50% y el 60% de la muestra podría padecer un trastorno mental común, mientras que el 20% de la muestra tendría, al menos, ideación suicida pasiva.

El ámbito universitario constituye un espacio excelente para el desarrollo de buenas prácticas relacionadas con la participación social y el compromiso cívico. Sin embargo, apenas disponemos de datos sobre soledad en la comunidad universitaria de nuestro país.

En consecuencia, las preguntas que pretende responder este estudio son las siguientes:

- i. ¿Cuál es la prevalencia de soledad en la comunidad de estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid (en adelante UCM)?
- ii. Entre aquellas personas que reporten sentirse solas, ¿cuál es la frecuencia y la intensidad con la que se sienten solas?
- iii. ¿Qué variables se asocian a la experiencia de soledad?
- iv. ¿Cómo definen los estudiantes sus experiencias de soledad?

Por su parte, los objetivos del proyecto son:

1. Estimar la prevalencia de soledad en una muestra representativa de estudiantes de la UCM.
2. Definir la frecuencia, tipos y grado de soledad.
3. Explorar qué variables socioeconómicas, académicas y, especialmente, de salud mental, se asocian a la experiencia de soledad.
4. Profundizar en los determinantes y caracterización de la soledad de acuerdo a las experiencias relatadas por una muestra de estudiantes.
5. Acercar los resultados obtenidos del estudio realizado a la comunidad universitaria, haciendo énfasis en la importancia de la prevención y acción sobre la soledad y su impacto en la salud mental.

## EQUIPO DE TRABAJO

<b>Nombre</b>	<b>Posición</b>
<b>Elvira Lara Pérez (IP)</b>	Profesora Ayudante Doctora de la Facultad de Psicología
<b>Ana Belén Calvo Calvo (IP)</b>	Profesora Titular de la Facultad de Psicología
<b>Alejandro de la Torre Luque</b>	Profesor Permanente Laboral de la Facultad de Medicina
<b>Natalia Lagunas García</b>	Profesora Permanente Laboral de la Facultad de Medicina
<b>María Ángeles Chaparro Domínguez</b>	Profesora Permanente Laboral de la Facultad de Ciencias de la Comunicación
<b>Inés González Herrera</b>	Estudiante de doctorado en la Facultad de Psicología
<b>Alba López Menchón</b>	Estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en la Facultad de Psicología
<b>Estefanía Herrero Guamán</b>	Estudiante del Doble Grado en Psicología y Logopedia en la Facultad de Psicología
<b>Noemí Carlero Buitrago</b>	Estudiante del Doble Grado en Psicología y Logopedia en la Facultad de Psicología
<b>Enrique Gallardo Sánchez</b>	Estudiante del Doble Grado en Psicología y Logopedia en la Facultad de Psicología
<b>Lucía Díaz García-Uceda</b>	Estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en la Facultad de Psicología
<b>Nerea García Martín</b>	Estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en la Facultad de Psicología

## DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio siguió una metodología mixta y se dividió en dos fases. Por un lado, se llevaron a cabo grupos focales para analizar en profundidad la definición y las características relacionadas con la soledad (Estudio 1). Por otro lado, se realizó un estudio observacional de corte transversal con el objetivo de recoger información sobre una muestra representativa de estudiantes de la UCM (Estudio 2). Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la UCM el 12 de septiembre de 2024 (ref. CE\_20240912\_SAL\_10).

En la primera fase, con el objetivo de explorar las experiencias de soledad entre estudiantes de la UCM, se llevó a cabo un estudio cualitativo. Se contactó con los potenciales participantes a través de diversos medios de difusión (p. ej., redes sociales, campus virtual, profesorado y cartelería). En octubre de 2024 se realizaron tres grupos focales con una muestra de conveniencia compuesta por 16 estudiantes de distintos niveles educativos. Se proporcionó información verbal y escrita sobre la naturaleza del estudio y sus objetivos. En todos los casos, se obtuvo el consentimiento informado por escrito. Para la realización de las sesiones se utilizó una guía de preguntas abiertas que dirigió la discusión. Las sesiones fueron grabadas en audio, previa autorización de los participantes, y posteriormente transcritas de forma literal mediante el software *Otter.ai*. La anonimización se garantizó asignando a cada participante un código único.

En la segunda fase, de carácter cuantitativo, se diseñó una encuesta en línea. Para su adecuada difusión se contó con el apoyo del Observatorio del Estudiante y el Vicerrectorado de Estudiantes. Además, se utilizaron redes sociales, cartelería ubicada estratégicamente en diferentes facultades y el contacto directo a través del profesorado. La encuesta fue alojada en la plataforma *Typeform* (<https://u0szfczvj1u.typeform.com/estudiosondeu>). Incluía información sobre el estudio, el consentimiento informado y todas las escalas e ítems de interés. Para restringir la participación a la comunidad universitaria, se solicitó que cada persona introdujera su correo institucional @ucm antes de comenzar. La encuesta permaneció abierta entre el 9 de diciembre de 2024 y el 9 de junio de 2025.

Tomando como base una prevalencia estimada de soledad del 20% entre jóvenes, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, se estimó necesario un tamaño muestral mínimo de 246 personas para responder al primer objetivo del estudio. No obstante, se buscó alcanzar una muestra más amplia para garantizar la representatividad de la comunidad universitaria y la generalización de los resultados. En total, 2836 estudiantes respondieron la encuesta. Tras eliminar duplicados y aquellos que no firmaron el consentimiento informado, la muestra quedó compuesta por 2576 estudiantes. Para la elaboración de esta memoria se han considerado únicamente los participantes con una edad inferior a 31 años (n=2191).

## Variables

<b>Datos sociodemográficos</b>	Se evaluaron a través de un cuestionario elaborado <i>ad hoc</i> , incluyendo variables como género, edad, orientación sexual, estado civil, ingresos, composición del hogar y país de origen.
<b>Datos académicos</b>	Se evaluaron mediante un cuestionario <i>ad hoc</i> , incluyendo la rama de conocimiento de la titulación, el nivel de estudios, el curso y el rendimiento académico percibido.
<b>Soledad</b>	Se utilizó la versión reducida de la Escala de Soledad de Jong Gierveld (De Jong Gierveld y Kamphuis, 1985), una de las más utilizadas a nivel internacional para medir este constructo. Consta de 11 ítems que evalúan la soledad como una experiencia multidimensional, combinando la soledad emocional (percepción de ausencia de vínculos significativos) y la soledad social (percepción de carencia de una red más amplia de relaciones sociales). Los ítems se responden en una escala de tres puntos: “sí”, “más o menos” y “no”. Mayor puntuación se asocia a mayores niveles de soledad. Además, se añadieron dos ítems elaborados <i>ad hoc</i> para evaluar la frecuencia y la intensidad del sentimiento de soledad.
<b>Relaciones sociales</b>	Para medir el apoyo social, se utilizó la Escala de Apoyo Social Percibido (Landeta y Calvete, 2002). Este instrumento evalúa la percepción del apoyo recibido por parte del entorno mediante 12 ítems, agrupados en tres fuentes: (1) apoyo de la familia, (2) apoyo de los amigos y (3) apoyo de una figura significativa (p. ej., pareja). Los ítems se responden en una escala tipo Likert de cinco puntos: “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”. Mayores puntuaciones indican mayor apoyo social percibido.
<b>Salud mental y bienestar</b>	Se utilizó la versión adaptada y validada al español por Díez Quevedo et al. (2001) del cuestionario <i>Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9), uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos. El cuestionario consta de nueve ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor. Los ítems se responden en una escala de cuatro puntos: “ningún día”, “varios días”, “más de la mitad de los días” y “casi todos los días”. Mayor puntuación indica mayor sintomatología

	<p>depresiva. Además, se incluye un décimo ítem que evalúa el impacto funcional de los síntomas en distintas áreas de la vida.</p> <p>También se incorporó un ítem de la adaptación al español de Aish y Wasserman (2001) de la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck, 1974). Este ítem evalúa expectativas negativas sobre el futuro con la frase “mi futuro me parece oscuro”, y se responde de forma dicotómica (sí/no). Asimismo, se utilizó la versión adaptada al español de la Escala <i>Community Assessment of Psychic Experiences</i> (CAPE-42) (Stefanis et al., 2002), adaptada por Fonseca Pedrero et al. (2012). Esta escala evalúa la presencia de experiencias psicóticas en tres dimensiones: positiva, negativa y angustia asociada. En este estudio se emplearon únicamente los 20 ítems correspondientes a la dimensión positiva. Estos se responden en una escala tipo Likert de cuatro puntos: “nunca”, “a veces”, “con frecuencia” y “casi siempre”.</p> <p>También se aplicó la Escala de Metacognición Social para la Psicosis (GEOPTe) (Sanjuán et al., 2003), compuesta por 15 ítems. De ellos, se utilizaron únicamente los ocho que evalúan metacognición social, dirigida a personas con trastornos mentales graves, como esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico. Se responden en una escala tipo Likert de cinco puntos: “no”, “un poco”, “regular”, “bastante” y “mucho”. Además, mediante un cuestionario <i>ad hoc</i>, se evaluó la presencia de eventos vitales estresantes experimentados en los últimos 12 meses, la atención profesional previa en salud mental, el motivo de consulta en caso afirmativo y el consumo de psicofármacos. Finalmente, se incluyeron dos ítems adicionales sobre salud general y discapacidad.</p>
<p><b>Estilos de vida y adicciones</b></p>	<p>Se incluyeron dos ítems elaborados <i>ad hoc</i> para medir el consumo de tabaco y cannabis en los últimos 30 días. Para evaluar el consumo de alcohol, se utilizó la escala <i>Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption</i> (AUDIT-C) (Bush et al., 1998), compuesta por tres ítems que valoran la frecuencia, la cantidad y la frecuencia de consumo excesivo de alcohol. También se aplicó la versión en español adaptada por Arrivillaga et al. (2024) de la <i>Bergen Social Media Addiction Scale</i> (BSMAS) (Andreassen et al., 2016), diseñada para evaluar el uso problemático de redes sociales como una forma de adicción conductual. Consta de seis ítems que exploran la frecuencia de uso, la compulsión por conectarse y las consecuencias negativas asociadas. Los ítems se responden en una</p>

	<p>escala tipo Likert de cinco puntos: “casi nunca”, “algunas veces”, “la mitad de las veces”, “la mayoría de las veces” y “casi siempre”. Mayor puntuación implica mayor uso problemático de redes sociales. Por último, se incluyó un ítem <i>ad hoc</i> para medir la frecuencia semanal de actividad física moderada, definido como el número de días a la semana en que se realizan actividades que aumentan la respiración y la frecuencia cardíaca durante al menos 30 minutos al día.</p>
--	---

### **Estrategia analítica**

Estudio 1: A fecha de entrega de esta memoria no se ha finalizado el procesamiento de los datos cualitativos. Las transcripciones se están analizando mediante el análisis temático (Braun y Clarke, 2022). El objetivo es interpretar el contenido de las transcripciones a partir de la identificación, codificación e interpretación de la información significativa relacionada conceptual y teóricamente con el fenómeno estudiado. El análisis cualitativo se está realizando con la asistencia de un software específico para tal fin (ie., AtlasTI). En cualquier caso, las respuestas de los participantes se tuvieron en cuenta para el diseño del estudio cuantitativo. Por ejemplo, la pregunta “¿Cuántas actividades extracurriculares realizas actualmente (p. ej., deportes, clubes, voluntariado)?” fue incluida a partir de las experiencias de soledad reportadas por los estudiantes.

Estudio 2: Los datos resultantes fueron volcados en un archivo Excel, dado que este formato facilita tanto la revisión y limpieza de los datos (p. ej., casos duplicados, errores de codificación). En el presente informe se realizaron análisis descriptivos de las principales variables, incluyendo frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar). Con el objetivo de identificar qué variables sociodemográficas, académicas y relacionadas con la salud mental se asocian con la experiencia de soledad, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal simple (para cada variable independiente de interés) y múltiple (incluyendo en el modelo ajustado aquellas variables que resultaron significativas en los análisis individuales). La variable dependiente fue soledad. Para cada modelo de regresión se reportaron los coeficientes no estandarizados, los intervalos de confianza al 95% (IC) y los valores p. El nivel de significación estadística se estableció en  $p \leq 0.05$  para todos los análisis realizados. El procesamiento y análisis de los datos se efectuó utilizando el software Stata, versión 15.

## RESULTADOS

### Datos sociodemográficos, académicos y de salud

La muestra estuvo compuesta por 2191 estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) menores de 31 años. Como se puede observar en la Tabla 1, la mayoría se identificó como mujer (69.1%), el 27.7% como hombre y un pequeño grupo como persona no binaria o transgénero. Respecto al estado civil, más de la mitad del estudiantado se encontraba soltero/a (58.1%), mientras que el 40% mantenía una relación de pareja. Además, gran parte de la muestra no vivía sola ( $n = 2101$ ) y 407 estudiantes (18.6%) eran migrantes de otros países.

Con respecto al nivel educativo, la mayoría cursaba estudios de Grado (73.7%), seguidos de Máster (16.2%) y Doctorado (9.5%). En cuanto a la rama académica, el 29.7% pertenecía a Ciencias de la Salud, el 23.2% a Ciencias Sociales, el 20.1% a Ciencias Económicas y Jurídicas, el 18.8% a Artes y Humanidades y el 5.1% a Ingeniería y Arquitectura. En relación con la satisfacción con los estudios, 1077 estudiantes (49.2%) se mostraron satisfechos/as, 276 (12.6%) muy satisfechos/as y 357 (16.3%) manifestaron algún grado de insatisfacción.

En el ámbito de la salud, más de la mitad de la muestra ( $n = 1137$ ) había recibido atención profesional en este ámbito, y un 15.9% declaró haber consumido psicofármacos en el último año. En cuanto a los síntomas depresivos, el 25.8% no presentaba síntomas o eran mínimos, el 36% presentó síntomas leves, el 21.5% moderados, el 10% moderadamente graves y el 6.8% síntomas graves. Por otro lado, 674 estudiantes (31.6%) respondieron afirmativamente a la pregunta “¿Tienes alguna condición física, mental o sensorial que afecte tu capacidad para realizar actividades cotidianas?”.

En relación con el consumo de sustancias, 584 estudiantes (26.7%) afirmaron no consumir alcohol, el 39.2% lo hacía una vez al mes o menos y el 34.1% de dos a cuatro veces al mes. En cuanto al cannabis, el 71.9% indicó no haberlo consumido nunca, el 20.6% eran ex consumidores, el 4.8% tenía un consumo ocasional y el 2.2% un consumo habitual (varias veces a la semana o todos los días).

En las variables continuas, la media de puntuación en la escala de apoyo social fue de 47.30 (DE = 8.88) y 12.94 (DE = 5.24) en la escala de adicción a redes. Por último, la frecuencia media de actividad física moderada fue de 2.71 días semanales (DE = 1.97).

**Tabla 1.** Descriptivos de las principales variables sociodemográficas, académicas y de salud (n=2191).

<b>Variable</b>	<b>Categoría o rango</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
<b>Género</b>	Hombre	607	27.70		
	Mujer	1513	69.06		
	Persona no binaria	45	2.05		
	Persona transgénero	6	0.27		
<b>Composición del hogar</b>	Vive solo/a	90	4.11		
	No vive solo/a	2101	95.89		
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	1273	58.10		
	En una relación	876	39.98		
<b>Migrante</b>	Sí	407	18.58		
<b>Rama de estudios</b>	Artes y Humanidades	412	18.80		
	Ciencias Sociales	509	23.23		
	Ciencias de la Salud	650	29.67		
	Ingeniería y Arquitectura	112	5.11		
	Ciencias Económicas y Jurídicas	440	20.08		
<b>Nivel de estudios</b>	Grado	1614	73.66		
	Máster	355	16.20		
	Doctorado	209	9.54		
<b>Satisfacción con estudios</b>	Muy satisfecho/a	276	12.60		
	Satisfecho/a	1077	49.16		
	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	481	21.95		
	Insatisfecho/a	279	12.73		
	Muy insatisfecho/a	78	3.56		
<b>Discapacidad</b>	Sí	674	31.64		
<b>Atención profesional de la salud mental</b>	Sí	1137	51.89		
<b>Consumo de psicofármacos (último año)</b>	Sí	349	15.93		
<b>Síntomas depresivos</b>	Sin depresión o mínima	565	25.79		

	Depresión leve	788	35.97
	Depresión moderada	472	21.54
	Depresión moderadamente grave	218	9.95
	Depresión grave	148	6.75
<b>Consumo de alcohol</b>	Nunca	584	26.65
	Una o menos de una vez al mes	859	39.21
	2 a 4 veces al mes	748	34.14
<b>Consumo de cannabis (último mes)</b>	Nunca	1852	71.89
	Ex consumidor	532	20.65
	Sí, consumo ocasional	123	4.77
	Sí, consumo habitual	57	2.21
<b>Apoyo social</b>	12 - 60	47.30	8.88
<b>Uso problemático de redes sociales</b>	6 - 30	12.94	5.24
<b>Actividad física (días)</b>	0 - 7	2.71	1.97

Nota. No se muestran los valores perdidos (opción "prefiero no contestar") por lo que algunas variables no incluyen una n total de 2191. Abreviaturas. n=participantes; M=media; DE=desviación estándar.

### Soledad

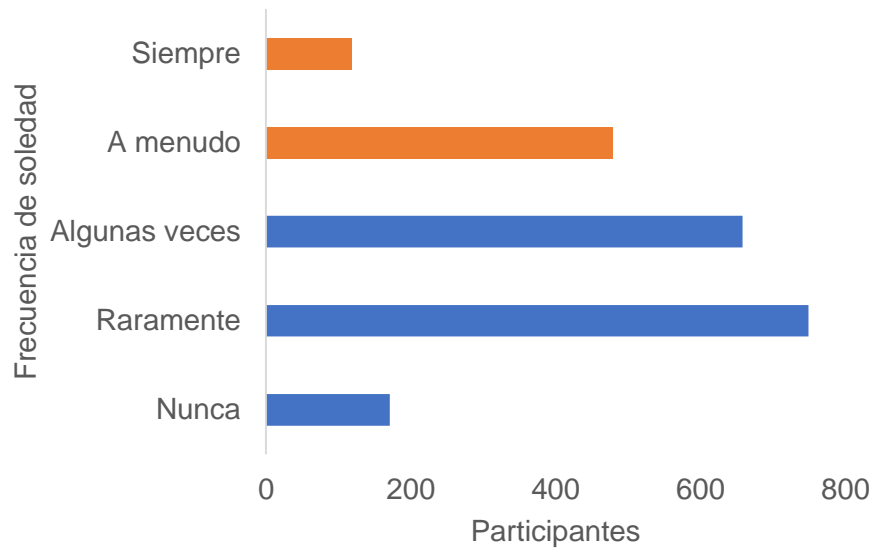
La puntuación media en la escala de soledad total fue de 5.55 (DE = 3.66). En la dimensión de soledad social, la media fue de 2.39 (DE = 1.80), y en la dimensión de soledad emocional, de 3.12 (DE = 2.19) (Tabla 2). Cabe destacar que el 27.38% de los estudiantes (n = 600) obtuvo una puntuación igual o superior a 9 en la escala total, lo que corresponde a niveles elevados de soledad.

**Tabla 2.** Experiencias de soledad de acuerdo con la escala de Jong Gierveld. Puntuación total y por tipos.

Variable	Rango	M	DE
<b>Soledad total</b>	0 - 11	5.55	3.66
<b>Soledad social</b>	0-5	2.39	1.80
<b>Soledad emocional</b>	0-6	3.15	2.19

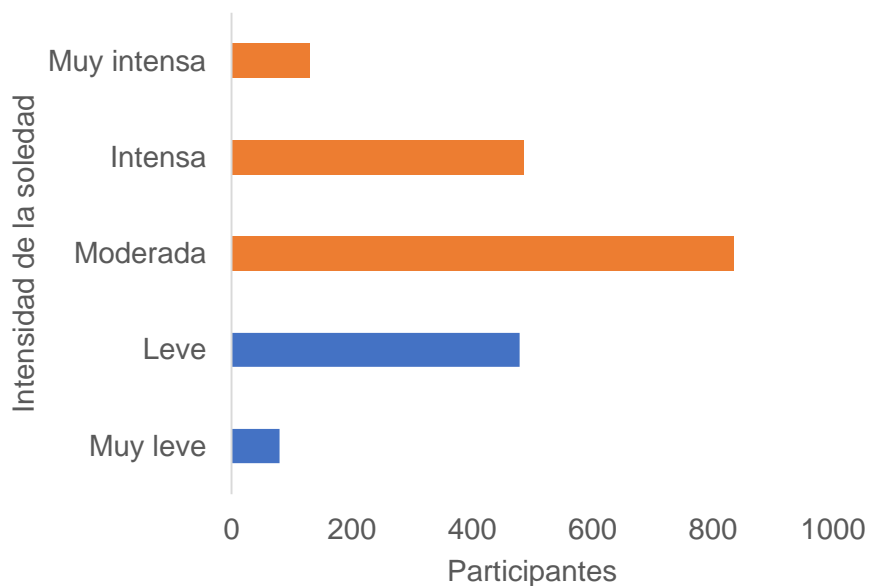
El 5.32% de los estudiantes refirió sentirse solo todos los días; el 21.86%, varias veces a la semana y el 30.03% una o dos veces a la semana (Figura 1). Entre quienes reportaron sentirse solos (n = 2020), el 41.34% calificó la intensidad como moderada y el 30.2% como intensa o muy intensa (Figura 2).

**Figura 1.** Frecuencia de la experiencia de soledad.



Nota. Siempre=todos los días; A menudo: varias veces a la semana; Algunas veces: una o dos veces a la semana; Raramente= una o dos veces al mes.

**Figura 2.** Intensidad de la experiencia de soledad.



Nota. Este ítem no lo responden aquellos participantes que indicaron "nunca" en la pregunta sobre frecuencia de soledad.

## **Asociación de variables sociodemográficas, académicas y de salud mental con soledad**

La Tabla 3 presenta los resultados de los modelos de regresión lineal simple y múltiple para la variable dependiente soledad. A continuación, se describen las asociaciones más relevantes observadas en el modelo ajustado.

Entre las variables sociodemográficas, ser migrante se asoció significativamente con una mayor soledad (Coef. = 0.75; IC 95% 0.49, 1.00;  $p < .001$ ). No se observaron asociaciones significativas para el género, estado civil o composición del hogar en el modelo multivariable.

En lo que respecta a las variables académicas, cursar estudios de Máster (respecto a grado) se asoció positivamente con la soledad (Coef. = 0.34; IC 95% 0.02, 0.66;  $p = .032$ ), mientras que no se encontraron asociaciones significativas para el resto de niveles académicos. Las variables relacionadas con la satisfacción académica no mostraron asociaciones estadísticamente significativas en el modelo ajustado.

En cuanto a las variables relacionadas con la salud mental, el consumo de psicofármacos en el último año se asoció de forma significativa con mayores niveles de soledad (Coef. = 0.47; IC 95% 0.11, 0.78;  $p = .010$ ). De igual forma, los síntomas depresivos mostraron una asociación positiva y consistente con la soledad (Coef. = 0.12; IC 95% 0.09, 0.15;  $p < .001$ ). Sin embargo, haber recibido atención profesional previa no presentó una relación significativa en el modelo ajustado.

Respecto al consumo de sustancias, el consumo de alcohol de 2 a 4 veces al mes se asoció negativamente con la soledad (Coef. = -0.62; IC 95% -0.93, -0.31;  $p < .001$ ), mientras que el consumo ocasional no mostró asociación significativa. Para el cannabis, se observaron asociaciones significativas tanto para el consumo habitual (Coef. = 0.80; IC 95% 0.02, 1.58;  $p = .045$ ) como para ex consumidores (Coef. = -0.32; IC 95% -0.61, -0.04;  $p = .024$ ), aunque en sentidos opuestos.

Por último, en lo que se refiere a la esfera social, se encuentra una asociación positiva entre el uso problemático de redes sociales y la soledad (Coef. = 0.05; IC 95% 0.02, 0.09;  $p = .002$ ). En cambio, el apoyo social percibido presentó una asociación negativa robusta (Coef. = -0.23; IC 95% -0.26, -0.21;  $p < .001$ ), indicando que a mayor percepción de apoyo social, menor nivel de soledad.

**Tabla 3.** Asociación entre variables sociodemográficas, académicas y de salud mental con soledad.

Variable	Categoría/rango	Modelo sin ajustar			Modelo ajustado				
		Coef.	IC 95%		p-valor	Coef.	IC 95%		p-valor
<b>Género</b> (ref. Mujer)	Hombre	0.27	-0.07	0.61	0.125	-0.20	-0.46	0.06	0.122
	Persona no binaria	1.64	0.56	2.73	0.003	-0.23	-0.51	0.04	0.098
	Persona transgénero	1.08	-1.85	4.01	0.471	-1.36	-3.50	0.77	0.221
<b>Composición del hogar</b> (ref. vive solo/a)	No vive solo/a	-1.55	-2.31	-0.78	0.000	-0.31	-0.88	0.26	0.284
<b>Estado Civil</b> (ref. En pareja)	Soltero/a	0.89	0.58	1.20	0.000	-0.13	-0.37	0.09	0.244
<b>Migrante</b> (ref. No)	Sí	1.71	1.32	2.10	0.000	<b>0.75</b>	<b>0.49</b>	<b>1.00</b>	<b>0.000</b>
<b>Nivel de estudios</b> (ref. Grado)	Máster	0.72	0.30	1.14	0.001	<b>0.34</b>	<b>0.02</b>	<b>0.66</b>	<b>0.032</b>
	Doctorado	-0.76	-1.29	-0.24	0.004	0.02	-0.35	0.40	0.883
	Satisfecho/a	1.02	0.55	1.48	0.000	0.22	-0.11	0.57	0.139
	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	2.32	1.80	2.85	0.000	0.33	-0.05	0.72	0.089
<b>Satisfacción con los estudios</b> (ref. Muy satisfecho)	Insatisfecho/a	2.59	2.00	3.18	0.000	0.30	-0.16	0.76	0.195
	Muy insatisfecho/a	4.24	3.35	5.12	0.000	-1.18	-2.85	0.49	0.101
<b>Discapacidad</b> (ref. No)	Sí	1.34	1.01	1.67	0.000	-0.21	-0.47	0.04	0.100
<b>Atención profesional de la salud mental</b> (ref. No)	Sí	0.92	0.61	1.22	0.000	0.12	-0.13	0.37	0.337
<b>Consumo de psicofármacos (último año)</b> (ref. No)	Sí	1.74	1.33	2.15	0.000	<b>0.47</b>	<b>0.11</b>	<b>0.78</b>	<b>0.010</b>
<b>Síntomas depresivos</b>	0-27	0.31	0.29	0.34	0.000	<b>0.12</b>	<b>0.09</b>	<b>0.15</b>	<b>0.000</b>
<b>Consumo de alcohol</b> (ref. Nunca)	Una o menos de una vez al mes	-0.40	-0.78	0.02	0.037	-0.05	-0.33	0.24	0.734
	2 a 4 veces al mes	-1.44	-1.83	-1.05	0.000	<b>-0.62</b>	<b>-0.93</b>	<b>-0.31</b>	<b>0.000</b>

<b>Consumo de cannabis</b> (ref. Nunca)	Ex consumidor	-0.17	-0.56	0.21	0.375	<b>-0.32</b>	<b>-0.61</b>	<b>-0.04</b>	<b>0.024</b>
	Sí, consumo ocasional	-0.27	-0.98	0.44	0.452	-0.24	-0.76	0.28	0.367
	Sí, consumo habitual	1.67	0.63	2.71	0.002	<b>0.80</b>	<b>0.02</b>	<b>1.58</b>	<b>0.045</b>
<b>Apoyo social</b>	12 - 60	-0.29	-0.27	-0.30	0.000	<b>-0.23</b>	<b>-0.26</b>	<b>-0.21</b>	<b>0.000</b>
<b>Uso problemático de redes sociales</b>	6 - 30	0.16	0.13	0.19	0.000	<b>0.05</b>	<b>0.02</b>	<b>0.09</b>	<b>0.002</b>
<b>Actividad física (días)</b>	0 - 7	-0.16	-0.24	-0.09	0.000	-0.00	-0.06	0.06	0.944

Abreviaturas: Coef=Coeficiente; IC= Intervalo de confianza.

## CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

El proyecto SONDEU ha explorado la prevalencia y las características de la soledad en la comunidad de estudiantes de la UCM. A través de la utilización de una metodología mixta, supone una oportunidad única para comprender una experiencia compleja y frecuentemente invisibilizada en el ámbito universitario.

Si bien aún no se pueden reportar datos específicos derivados del estudio cualitativo, este trabajo contribuirá a una mejor comprensión de las experiencias de universitarios/as que se sienten solos/as. Los participantes apuntaban, en contra de lo que intuitivamente cabría pensar, a la falta de integración comunitaria. En una etapa vital clave para el desarrollo de la identidad y frecuentemente acompañada de cambios en la estructura de redes sociales, la universidad debe constituirse como un contexto socializador, con acciones orientadas a la acogida institucional de estudiantes de nuevo ingreso y la promoción del sentido de pertenencia, especialmente en los colectivos más vulnerables (Bathelt, 2024; Ousman y Nazir, 2023).

En cuanto a los resultados cuantitativos, estos revelan una prevalencia de soledad preocupante. Concretamente, 1 de cada 4 estudiantes reporta niveles altos de soledad. Casi el 60% de los encuestados indicó sentirse solo al menos una vez a la semana y un 30% describió esta experiencia como intensa o muy intensa. Estos datos van en la línea de trabajos previos (Diehl et al., 2018; Flesaker et al., 2024). Por ejemplo, el Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España (2024) mostró que el porcentaje de jóvenes de entre 16 y 29 años que declara sentirse en una situación de soledad alcanza el 25,5, con valores máximos entre los 22 y los 27 años. Una puntuación media en soledad emocional superior a la soledad social sugiere que la ausencia de vínculos íntimos podría tener un mayor peso que el aislamiento objetivo en esta población. No obstante, hemos de considerar que nuestra muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres, quienes tradicionalmente reportan niveles más altos de soledad emocional en comparación con hombres.

Una de las principales asociaciones encontradas en este estudio es la relación entre la soledad y la migración. Los estudiantes migrantes experimentaron mayores niveles de soledad, lo cual es consistente con los resultados de Zahedi et al. (2022), que identificaron la migración como un factor de riesgo significativo para la soledad. Este hallazgo podría reflejar los desafíos adicionales que enfrentan los estudiantes migrantes, como la adaptación cultural, las barreras idiomáticas, la falta de una red de apoyo cercana y la distancia de la familia, lo que agrava la sensación de aislamiento social.

El estudio también observó que los estudiantes de Máster presentaron mayores niveles de soledad en comparación con estudiantes de Grado, lo que concuerda con lo señalado por Diehl et al. (2018), quienes identificaron el nivel académico como un determinante clave de la soledad. Este fenómeno podría estar relacionado con las mayores presiones académicas que enfrentan los estudiantes de posgrado o unas redes sociales menos consolidadas.

En cuanto a la salud mental, se identificó una asociación entre la soledad y el uso de psicofármacos en el último año, así como una relación positiva entre la soledad y la presencia de síntomas depresivos. Aunque haber recibido atención profesional en salud mental no se mantuvo como un predictor significativo en el análisis multivariable, sí mostró relevancia en el análisis sin ajustar, lo que sugiere que podría estar mediado por otras variables de salud mental. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas (Tang et al., 2025), que indican que la soledad y la depresión son constructos estrechamente relacionados.

En relación con el consumo de sustancias, los hallazgos muestran una relación compleja. El consumo de alcohol varias veces al mes se asoció con menores niveles de soledad, lo que si bien podría estar vinculado a oportunidades de socialización que este tipo de consumo facilita (Flesaker et al., 2024), debe ser interpretado con precaución. En contraste, el consumo habitual de cannabis se relacionó con mayores niveles de soledad, mientras que los ex consumidores mostraron niveles más bajos, lo que podría reflejar patrones de uso asociados a estrategias de afrontamiento poco adaptativas.

En cuanto a las variables sociales, el uso problemático de redes sociales se asoció positivamente con la soledad, lo cual es consistente con los resultados de Tang et al. (2025), quienes encontraron que el uso excesivo de internet y redes sociales exacerba los sentimientos de aislamiento al fomentar interacciones superficiales en detrimento de vínculos significativos. Además, la relación negativa entre apoyo social y soledad refuerza la idea de que una red de apoyo sólida puede mitigar la soledad, como también se destacó en los estudios de Diehl et al. (2018), que subrayaron la importancia de las relaciones sociales en la prevención de la soledad en el entorno universitario.

Aunque algunas variables no conservaron su asociación estadística en el modelo ajustado, conviene señalar algunos aspectos relevantes. Por ejemplo, las personas que se identifican como no binarias reportaron mayores niveles de soledad en comparación con otros grupos de género, lo que podría reflejar experiencias de exclusión o discriminación. También se observó que los estudiantes menos satisfechos con sus estudios reportaron niveles significativamente más altos de soledad. Aunque esta relación no se mantuvo en el modelo

multivariable, la insatisfacción académica podría estar vinculada a una menor integración social o emocional dentro del entorno universitario.

### **Limitaciones y fortalezas**

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, se trata de un diseño de corte transversal, lo que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Además, no se incluyeron algunas medidas potencialmente relevantes para comprender la experiencia de la soledad, como la presencia de sesgos cognitivos, la autoestima, la frecuencia de contacto social o la calidad de las interacciones personales. A pesar del tamaño de la muestra, esta fue reclutada por conveniencia y está compuesta mayoritariamente por mujeres, lo que limita la generalización de los hallazgos. Finalmente, conviene señalar que esta memoria presenta una selección de resultados. Un análisis más exhaustivo se desarrollará en trabajos de investigación posteriores y en función de las hipótesis específicas de trabajo.

Este estudio también tiene fortalezas. Por un lado, y hasta donde se tiene conocimiento, se trata del primer estudio en España que pretender examinar en profundidad la soledad en estudiantes universitarios. También podemos destacar la amplitud de variables consideradas, entre las que se encuentran el rendimiento académico y la satisfacción con los estudios, la desesperanza y variables socioeconómicas, lo que permite un análisis más integral del fenómeno de la soledad. Finalmente, se incluyó una muestra diversa en cuanto a nivel y área de estudio.

### **PROPUESTA DE POLÍTICAS DERIVADAS DEL PROYECTO**

La universidad no es ni debe ser un espacio reservado únicamente al desarrollo académico, sino un entorno colaborativo donde el acompañamiento personal y el desarrollo social constituyan condiciones esenciales para el bienestar individual y colectivo. A la luz de los hallazgos obtenidos, resulta imperativo que los responsables académicos reconozcan la soledad como un reto al que atender de manera urgente. Ello implica, por un lado, el diseño de estrategias institucionales de prevención: campañas de sensibilización que promuevan la importancia de cultivar relaciones de calidad y visibilicen los efectos perjudiciales de la soledad. De igual modo podrían ser útiles campañas orientadas a la desestigmatización de la soledad, fomentando una mirada más empática y comprensiva hacia quienes la experimentan. A modo de ejemplo, algunos miembros del equipo participarán el próximo curso en la Semana de la Ciencia con una propuesta centrada en la soledad, como parte del compromiso de transferencia social y divulgación del conocimiento.

Resulta clave fomentar el apoyo social y la vinculación comunitaria a través de programas de mentoría y acompañamiento, particularmente dirigidos a colectivos en situación de mayor vulnerabilidad como estudiantes migrantes o de nuevo ingreso. La creación de espacios extracurriculares significativos (p. ej., actividades culturales, deportivas, voluntariado) permite igualmente fortalecer el sentido de pertenencia y facilitar la creación de vínculos sociales. Estas acciones deben enmarcarse dentro de un modelo de trabajo multidisciplinar e intersectorial, extendiéndose también más allá de la universidad mediante acciones y alianzas estratégicas con entidades externas (p. ej., residencias de estudiantes, ayuntamiento).

Por otro lado, parece conveniente realizar una evaluación y seguimiento de la soledad mediante encuestas institucionales periódicas que incluyan indicadores específicos sobre el clima universitario así como garantizar el acceso a servicios psicológicos como PsiCall, lo que podría implicar la necesidad de fortalecer este servicio. Parece igualmente necesario abordar el bienestar digital, promoviendo un uso consciente y saludable de las redes sociales, con el objetivo de disminuir el riesgo que supone sobre la salud mental y las relaciones interpersonales el consumo digital excesivo.

Finalmente, consideramos necesaria la puesta en marcha de un proyecto piloto de intervención en estudiantes universitarios que se enfoque en la prevención, identificación y gestión de la soledad. Con base en la revisión sistemática de Ellard et al. (2023), se recomienda que el diseño del piloto incluya: componentes psicoeducativos, grupos de apoyo social, actividades que favorecen la conexión —tanto presencial como virtual— y ejercicios que promuevan el autoconocimiento, el fortalecimiento de habilidades sociales y la reducción del (auto)estigma. Este piloto no sólo permitiría recoger evidencia local de impacto, sino también generar aprendizajes valiosos para el diseño de políticas universitarias sostenibles y basadas en la evidencia. Su desarrollo reforzaría el compromiso institucional con el bienestar estudiantil, respondiendo a la necesidad de un enfoque que priorice la prevención y la cohesión social. Somos seres sociales.

## REFERENCIAS

Aish, A. M., Wasserman, D., & Renberg, E. S. (2001). Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychological medicine*, 31(2), 367–372. <https://doi.org/10.1017/s0033291701003300>

Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S., & Pallesen, S. (2016). Development of a Facebook addiction scale. *Psychological Reports*, 110(2), 501–517. <https://doi.org/10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517>

Arrivillaga, C., Griffiths, M. D., Rey, L., & Extremera, N. (2024). Validation of the Spanish version of the Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS) among Spanish adolescents. *Current Psychology*, 43, 31582–31591. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06728-5>

Baarck, J., d'Hombres, B., & Tintori, G. (2022). Loneliness in Europe before and during the COVID-19 pandemic. *Health Policy*, 126(11), 1124–1129. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.09.002>

Bathelt, J. (2024). Loneliness among First-Year University Students: Evaluating a Peer Support Intervention. *Psychology Teaching Review*, 30(2), 7-16.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

Braun, V., & Clarke, V. (2022). [\*Thematic Analysis: A Practical Guide\*](#). Sage.

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of Internal Medicine*, 158(16), 1789–1795. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>

De Jong-Gierveld, J., & Kamphuis, F. H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289–299. <https://doi.org/10.1177/014662168500900307>

Diehl, K., Jansen, C., Ishchanova, K., & Hilger-Kolb, J. (2018). Loneliness at Universities: Determinants of Emotional and Social Loneliness among Students. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1865. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091865>

Díez-Quevedo, C., et al. (2001). Adaptación al español del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679–686.

Ellard, O. B., Dennison, C., & Tuomainen, H. (2023). Review: Interventions addressing loneliness amongst university students: a systematic review. *Child and adolescent mental health*, 28(4), 512–523. <https://doi.org/10.1111/camh.12614>

Flesaker, M., Freibott, C. E., Evans, T. C., Gradus, J. L., & Lipson, S. K. (2024). Loneliness in the college student population: Prevalence and associations with substance use outcomes. *Journal of American College Health*, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07448481.2024.2400105>

Fonseca Pedrero, E., Paino Piñeiro, M., Lemos Giráldez, S., & Muñiz Fernández, J. (2012). Validación de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en universitarios y pacientes con psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(4), 169–176.

Fundación ONCE. (2024). *Estudio sobre juventud y soledad no deseada en España*. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. <https://www.soledades.es/estudios/estudio-sobre-juventud-y-soledad-no-deseada-en-espana>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2–3), 173–182.

Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario. Boletín Oficial del Estado, núm. 70, de 23 de marzo de 2023, páginas 37644 a 37791. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/03/22/2>

Montejo González, Á. L., González Torres, M. Á., Mayoral, F., Olivares Díez, J. M., Ros, S., Bousño García, M., Sanjuán Arias, J., Ferré, F., & Prieto, L. (2003). Escala GEOPTe de cognición social para la psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(3), 120–128.

Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2020). The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Personality and social psychology review : an official journal of the Society for*

*Personality and Social Psychology, Inc*, 24(1), 24–52.  
<https://doi.org/10.1177/1088868319850738>

Ousman, Y. I., & Nazir, T. (2023). Loneliness among university students as a growing concern. *Journal of Family Counseling and Education*, 8(2), 85-99.  
<https://doi.org/10.32568/jfce.1312556>

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: Vol. 3. Relationships in disorder* (pp. 31–56). Academic Press.

Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32(2), 347–358.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291701005141>

Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 376, e067068. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>

Tang, S., Luo, C., Chen, Y., Liu, M., Chen, R., Li, X., & Zhao, J. (2025). A cross-lagged panel network analysis of loneliness, internet use, and depression among Chinese college students. *Journal of affective disorders*, 381, 372–380. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.032>

von Soest, T., Luhmann, M., & Gerstorf, D. (2020). The development of loneliness through adolescence and young adulthood: Its nature, correlates, and midlife outcomes. *Developmental psychology*, 56(10), 1919–1934.  
<https://doi.org/10.1037/dev0001102>

Zahedi, H., Sahebihagh, M. H., & Sarbakhsh, P. (2022). The magnitude of loneliness and associated risk factors among university students: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(4), 411–417. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i4.10690>