

Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises

Characteristics of the chronic stress syndrome, or Ulysses syndrome, in immigrants

Joseba Achotegui, María M. Morales, Pablo Cervera, Celia Quirós, Jose Vicente Pérez, Natalia Gimeno, Agustín Llopis, Jorge Moltó, Alberto Manuel Torres, Carme Borrell.

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia de Síndrome de Ulises en los inmigrantes que demandan asistencia sanitaria y describir sus características sociodemográficas, trasfondo cultural y familiares, comparándolas con las de los inmigrantes demandantes de atención sanitaria sin este cuadro.

Metodología: Se reclutó inmigrantes mayores de 14 años demandantes de asistencia sanitaria en el Departamento Sanitario 10 de la Comunidad Valenciana, en cualquiera de sus 6 Centros de Atención Primaria, la Unidad de Urgencias Hospitalaria o el Centro de Atención Continuada. Se les realizó una entrevista personal por un psicólogo que incluía aspectos sociodemográficos, de trasfondo cultural y familiares y de la presencia de los síntomas que definen el Síndrome de Ulises (depresivos, ansiosos, somatomorfos y disociativos). El diagnóstico fue confirmado por un especialista en psiquiatría.

Resultados: La prevalencia total de Síndrome de Ulises fue del 17,02%. 17,65% en hombres y 15,38% en mujeres sin diferencias estadísticamente significativas. La principal procedencia fue subsahariana en hombres y sudamericana en mujeres y las lenguas maternas mayoritarias las subsaharianas en hombres y el castellano en mujeres. Los inmigrantes con Síndrome de Ulises resultaron ser mayoritariamente casados, recientemente llegados a España en patera y un número significativo de ellos sin vivienda. Los que no presentan el Síndrome fueron mayoritariamente solteros, con larga residencia en España (6 años o más) y con vivienda de alquiler.

Conclusiones: Se perfilan como estresores para el desarrollo del cuadro el ser casado, el haber llegado recientemente al país en patera y el vivir en la calle o en asentamiento.

Palabras clave: Inmigrantes, Síndrome de Ulises, Características sociodemográficas, trasfondo cultural y familiares.

Abstract

Objectives: Determine the prevalence of Ulysses Syndrome in immigrants who require health care and describe their socio-demographic characteristics and their cultural/family background by comparing them with immigrants requiring health care without this syndrome.

Methods: Immigrants older than 14 years requiring health care in any of the six medical centres of Health Department 10 (Valencian Community), at the hospital A+E or in the Continuous Care Centre were recruited. A psychologist conducted a personal interview which included socio-demographic, cultural/family background aspects and symptoms defining the Ulysses syndrome (depression, anxiety, and somatiform and disassociative disorders). Diagnosis was confirmed by a specialist in psychiatry.

Results: Overall prevalence of the Ulysses Syndrome was 17,02% (men 17,65%, women 15,38%) with no statistically significant differences. There were more sub-Saharan and South American victims whose mother tongues were sub-Saharan and Spanish for men and women, respectively. Immigrants diagnosed with the Ulysses Syndrome were mainly married, had recently arrived in Spain in small boats, of whom a considerable number were homeless. Those who did not present symptoms were mainly single, had lived in Spain for 6 years or more, and lived in rented residencies.

Conclusions: We conclude that the stressors that develop symptoms are being married, recently arriving in Spain in small boats, and being homeless or living in a colony.

Key words: Immigrants, Ulysses Syndrome, Socio-demographic characteristics; Cultural/family background.

Introducción

Según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM)¹ el estrés provocado por el cambio radical de cultura y hogar y el sentimiento de discriminación que sienten muchos ciudadanos extranjeros son causa de una creciente emergencia de pérdida de salud mental entre los inmigrantes en España. Mientras que actualmente la prevalencia de patologías mentales entre los demandantes españoles de atención primaria es del 20%, en demandantes inmigrantes es ya del 50%².

Un problema de salud mental recientemente detectado en esta población inmigrante es el llamado Síndrome de Estrés Crónico del Inmigrante o Síndrome de Ulises, un cuadro reactivo múltiple y crónico que padece el inmigrante al afincarse en su nuevo país^{3,4}. Se generalizó a partir del año 2000 cuando las condiciones de los inmigrantes se complicaron, convirtiéndose en uno de cuadros psiquiátricos más frecuentes entre esta población⁵.

Ha sido descrito en inmigrantes ilegales o con riesgo de serlo (se estima que el 2% en España), es decir, que entran de forma clandestina o que pasan a ser ilegales al finalizar su permiso de residencia o visado⁶. Entre los inmigrantes en situación regular, que llevan años en nuestro país, los diagnósticos más frecuentes siguen siendo los trastornos de ansiedad, adaptativos y depresivos, de forma semejante a la población autóctona española, pero no el Síndrome de Ulises⁵.

Consiste en una sintomatología ansioso-depresiva, considerándose un cuadro a caballo entre el estrés agudo y los trastornos adaptativos, pero que no se ajusta específicamente a ninguno de ellos al presentar algunos aspectos propios: presencia de múltiples estresores, cronicidad (>3 meses), posibilidad de interpretación cultural (mágica) del inmigrante, estresores de gran intensidad y relevancia, con peligro de autoagresión, sin existencia de apatía, sentimiento de culpa, pensamientos de muerte o baja autoestima, sentimiento indefensión, déficit de apoyo

social que empeora el pronóstico, los síntomas son un handicap para salir de la situación, presencia de nueva lengua, cultura, paisaje, falta de atención adecuada del sistema sanitario, banalización del problema y diagnóstico, tratamientos inadecuados y somatizaciones no entendidas⁶.

Se considera que el Síndrome de Ulises engloba cuatro áreas sintomatológicas, depresiva (tristeza, llanto), ansiosa (ansiedad, lucha, pensamientos recurrentes e intrusivos, tensión, irritabilidad, insomnio, preocupación), somatomorfa (cefalea (sobretudo tensional), astenia, fatiga, molestias osteoarticulares, sudores) y disociativa (confusión, desorganización, despersonalización, desrealización, desorientación temporoespacial, déficit de atención y memoria)⁵⁻⁸.

La etiología del área depresiva está originada por las “pérdidas” o “duelo migratorio”. Este duelo migratorio no desaparece nunca, es recurrente, tiende a cronificarse y renace con las adversidades. Se trata de un duelo múltiple, constituido por 7 duelos: por la separación de personas queridas (familia y amigos), de la lengua materna, de la cultura, de la tierra, de la situación social, del contacto con el grupo étnico y por pérdida de la seguridad física. De estos duelos los más importantes son los que se hacen por la familia, por la situación social y por la pérdida de la seguridad física⁹.

También es transgeneracional, siendo más complejo en hijos, que como no se tienen que preocupar de la subsistencia comienzan a desarrollar conflictos con la nueva cultura.

En su elaboración puede tener una influencia el contexto histórico y social. El desarrollo del último siglo en Europa ha propiciado que el inmigrante tenga que cambiar rápidamente, que los medios de comunicación generen en ocasiones rechazo por parte de los autóctonos y que, debido al fenómeno de globalización, el inmigrante permanezca en continuo contacto con su país⁷⁻⁸.

El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de Síndrome de Estrés Crónico del Inmigrante o Síndrome de Ulises en los inmigrantes que demandan asistencia sanitaria y conocer sus características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares, comparándolas con

las de los inmigrantes demandantes de atención sanitaria sin este cuadro.

Material y métodos

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal de tres meses de duración.

Población de estudio

Inmigrantes mayores de 14 años, de cualquier procedencia y sexo, legales e ilegales, afincados en España con demanda sanitaria.

Metodología empleada

A aquellos inmigrantes que durante tres meses demandaron asistencia en el Departamento Sanitario 10 de la Comunidad Valenciana, concretamente en cualquiera de sus 6 centros de atención primaria, en su unidad de urgencias hospitalaria y en su centro de atención continuada, se les ofertó participar en el estudio.

A aquellos que aceptaron participar se les realizó una entrevista personal por un psicólogo del equipo. Se trabajó en castellano y en aquellos casos en que se detectó algún problema de comprensión o entendimiento se recurrió a un mediador cultural.

La entrevista incluyó preguntas, tanto abiertas como cerradas, relativas a las características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares del inmigrante: país de procedencia, estado civil (soltero, casado, separado/divorciado, viudo), lengua materna, dominio de otras lengua diferentes a la materna, tiempo de estancia en España, tipo de transporte utilizado para acceder a España (avión, barco, patera, turismo, tren, camión, combinación de varias de estas opciones), tipo de alojamiento en España (alquiler, propiedad, albergue/centro de acogida, calle, asentamiento, otras). También incluyó preguntas acerca de presencia de los síntomas que definen el Síndrome de Ulises³⁻⁴: depresivos (tristeza, llanto), ansiosos (ansiedad, lucha, pensamientos recurrentes e intrusivos, tensión, irritabilidad, insomnio, preocupación), somatomorfos (cefalea, astenia, fatiga, molestias osteoarticulares, sudores) y disociativos (confusión, desorganización, des-

personalización, desrealización, desorientación temporoespacial, déficit de atención y memoria). Cuando el individuo reconoció presentar uno o más de estos grupos de síntomas fue catalogado como sospechoso de presentar Síndrome de Ulises y fue supervisado por especialistas en Psiquiatría quienes llevaron a cabo el diagnóstico.

Análisis estadístico

Se calculó la prevalencia de Síndrome de Ulises clínicamente diagnosticado en la población estudiada. Se analizaron las características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares de los inmigrantes con Síndrome de Ulises y se compararon con las de los inmigrantes sin Síndrome de Ulises.

Las variables se estudiaron mediante su frecuencia absoluta y relativa y se compararon aplicando una prueba de homogeneidad utilizando el estadístico Chi-cuadrado de Pearson.

Todos los cálculos se realizaron con el programa SPSS v.15.

Resultados

Prevalencia de Síndrome de Ulises

Un total de 94 inmigrantes contestó correctamente al cuestionario, 68 hombres (72,34%) y 26 mujeres (27,66%). De los 94 inmigrantes participantes, 16 fueron diagnosticados de Síndrome de Ulises por un especialista en psiquiatría (17,02%). La prevalencia de este cuadro fue del 17,65% en hombres y del 15,38% en mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de Síndrome de Ulises en los inmigrantes demandantes de asistencia sanitaria (N=94)

	N	Sin Síndrome de Ulises	N	Con Síndrome de Ulises	N	%
Mujer	22	84,62 (66,94-94,91)	4	15,38 (5,09-33,06)	26	100
Hombre	56	82,35 (71,93-90,07)	12	17,65 (9,93-28,07)	68	100
Total	78	82,98 (74,37-89,58)	16	17,02 (10,41-25,63)	94	100

Características de la población con Síndrome de Ulises y sin Síndrome de Ulises

La tabla 2 muestra las características de los inmigrantes con y sin Síndrome de Ulises. En ella se observa que la principal procedencia de los inmigrantes participantes en el estudio, tanto con Síndrome de Ulises como sin él, es subsahariana (50,00% y 41,03% respectivamente). Si estratificamos por sexo observamos que en hombres se mantiene esta procedencia mayoritaria global (58,33%) mientras que la principal procedencia en mujeres es sudamericana (50,00%).

Las lenguas maternas predominantes en los inmigrantes participantes, tanto con Síndrome de Ulises como sin él, son el castellano (25,00% y 36,36% respectivamente) y las lenguas del África Subsahariana (25,00% y 25,97%). En el caso de las mujeres, con y sin Síndrome de Ulises, es el castellano la lengua predominante (50,00% y 61,90% respectivamente) y en el caso de los hombres las lenguas del África Subsahariana (33,33%

y 32,14%). Prácticamente la mitad de los inmigrantes reconoce hablar y entender el castellano pese a no ser su lengua materna.

Entre los inmigrantes con Síndrome de Ulises el estado civil predominante es el matrimonio, tanto para el total de participantes (50,00%) como en el caso de las mujeres (50,00%). En cuanto a los hombres, la mitad son casados y la otra mitad solteros. Entre los inmigrantes sin Síndrome de Ulises predomina la soltería tanto en hombres (50,00%) como en mujeres (59,09%).

Gran parte del total de inmigrantes con Síndrome de Ulises (37,50%) presenta un tiempo de estancia en España corto, de entre 1 y 2 años mayoritariamente, especialmente en el caso de los hombres (41,67%). Por el contrario, los inmigrantes que no presentan Síndrome de Ulises reportan una estancia en España mayoritariamente larga, de 6 años o más (35,90%).

El avión fue el principal medio de transporte utilizado para llegar a España tanto para el total de in-

migrantes encuestados, con y sin Síndrome de Ulises (31,25 y 65,39% respectivamente) como para el caso concreto de las mujeres (50,00% y 79,26%). Los hombres que no presentan este cuadro también reconocen haber llegado a España en avión en su mayoría (60,71%). Sin embargo, entre los hombres que presentan Síndrome de Ulises predomina la patera como medio utilizado (33,34%).

El tipo de alojamiento mayoritario en todos los inmigrantes participantes de ambos sexos es el alquiler. Sin embargo, entre los inmigrantes con Síndrome de Ulises (tanto hombres como mujeres), aún viviendo mayoritariamente en alquiler se observa un incremento significativo de vivienda en la calle (25,00% tanto en hombres como en mujeres) y de asentamientos (18,75%, 16,67% en hombres y 25,00% en mujeres).

Discusión

En nuestro estudio hemos detectado una prevalencia total de Síndrome de Ulises entre los inmigrantes demandantes de asistencia sanitaria del 17,02%, algo superior en hombres que en mujeres (17,65% versus 15,38%) pero sin diferencias estadísticamente significativas.

El número de estudios realizados en España para determinar la prevalencia de las patologías mentales en población inmigrante es muy escaso. Además, los estudios que hay al respecto aportan prevalencias muy dispares. Esta escasez de estudios y esta variabilidad de resultados nos hace difícil la comparación de nuestros resultados con los derivados de otros estudios. No obstante, existen algunos estudios recientes realizados también en población inmigrante demandante de atención sanitaria que, aunque su objetivo no sea determinar la prevalencia de Síndrome de Ulises estrictamente, revelan datos acerca de patologías muy relacionadas como la depresión y la ansiedad. Un estudio realizado por Esteban MM muestra una prevalencia de depresión del 11,00% en la población inmigrante demandante de atención sanitaria¹⁰. Pertiñez J, et al determinaron una prevalencia de depresión del 15,20% en esa misma población población¹¹. Dado que por definición los pacientes con Síndrome de Ulises presentan depresión, estos datos los pode-

mos considerar en coherencia con nuestros resultados.

Por otro lado, un estudio realizado por Barro S, et al reveló una prevalencia de depresión mucho más elevada (40,70%), aportando además una prevalencia de ansiedad en esta misma población todavía más alta (51,90%)¹². En el otro extremo, Pardo G, et al detectaron una prevalencia de depresión significativamente más baja (5,40%)¹³. Este último estudio añade que tanto la ansiedad como el estrés son algunos de los problemas más frecuentes entre la población estudiada pero no aporta datos concretos de la prevalencia de estas patologías.

Es preciso subrayar la necesidad de la realización de nuevos estudios en población inmigrante para poder hacernos una idea real de la dimensión de esta creciente problemática.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población estudiada, podemos destacar que la procedencia es mayoritariamente subsahariana en hombres y sudamericana en mujeres, sin diferencias en cuanto a la presencia o no de Síndrome de Ulises. No detectamos por tanto una procedencia de riesgo para padecer este cuadro reactivo. En coherencia con esto, las lenguas maternas que predominan en los participantes son el castellano entre las mujeres y las lenguas del África Subsahariana entre los hombres, también por igual en inmigrantes con y sin Síndrome de Ulises.

En cuanto al estado civil, destacar que entre los inmigrantes con Síndrome de Ulises predomina el matrimonio, mientras que entre los inmigrantes sin Síndrome de Ulises predomina la soltería tanto en hombres como en mujeres.

Respecto al momento de aparición del cuadro, resulta relevante el hecho de que el tiempo de estancia en España sea significativamente menor en los inmigrantes con Síndrome de Ulises que en los que no lo presentan. Esto nos hace pensar que se trata de un cuadro que aparece al poco tiempo de la llegada al país y que con los años va disminuyendo, según el inmigrante se va adaptando al país que lo recibe y su situación se va regularizando. Tradicionalmente se pensaba que existía un periodo inicial de euforia tras la

llegada al país de acogida y un posterior periodo de crisis psicológica. Sin embargo, actualmente lo que se acepta es que el estrés aumenta en el inmigrante durante los 2 primeros años y posteriormente va disminuyendo hasta los valores previos, siempre que paralelamente se vaya regularizando su situación administrativa y sociolaboral^{5,14}, lo cual apoya nuestros resultados.

En cuanto al medio de transporte utilizado para llegar al país, observamos que es mayoritariamente el avión en mujeres tanto sanas como con Síndrome de Ulises y en hombres sin Síndrome de Ulises. Sin embargo, los hombres que presentan Síndrome de Ulises reportan en su mayoría haber accedido a España en patera. Esto se observa solo en hombres posiblemente debido a las diferencias de procedencia entre hombres (mayoritariamente subsahariana) y mujeres (mayoritariamente sudamericana). No obstante, este dato nos está indicando una asociación entre el cuadro y una situación traumática y difícil de acceso al país.

También observamos que, aunque el tipo de alojamiento sea mayoritariamente el alquiler tanto en inmigrantes con Síndrome de Ulises como sin él, existe un importante aumento de casos de vivienda en la calle y de asentamientos. Esto apoya la idea de la asociación entre la presencia del Síndrome y una situación de desesperación.

Como conclusión, diremos que de los resultados del presente estudio se extrae que el perfil del paciente con Síndrome de Ulises será un inmigrante casado, recientemente llegado al país en unas condiciones de viaje estresantes (como la patera) y cuyo alojamiento pudiera ser en la calle o en asentamiento. Estas conclusiones están totalmente en coherencia con la bibliografía publicada al respecto, apoyando la existencia ya descrita por otros autores de la existencia de tres focos de tensión o estresores esenciales para el desarrollo del cuadro^{6,7}:

- Familiares: al ser casados tienen una familia a su cargo de la que se sienten responsables, que en muchas ocasiones está además lejos, en su país de origen, lo que añade el problema de la soledad.
- De posición social: presentan un importante sentimiento de fracaso al no progresar, al no conseguir trabajo y al estar sometidos a duras situaciones de supervivencia (falta de comida y de vivienda).
- Riesgos para la integridad física: a las duras situaciones de supervivencia se añaden las situaciones traumáticas de acceso al país (pateras, mafias...).

Agradecimientos: Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Dra. Carmen Snnab Galbis, Directora del Departamento Sanitario 10 de la Comunidad Valenciana, y a la Dra. Juana Cantero Llorca, Directora de Atención Primaria de este mismo Departamento, por su apoyo al proyecto y por su labor de gestión, así como a todos los profesionales asistenciales y no asistenciales que han hecho posible su ejecución.

Correspondencia:

María M. Morales Suárez-Varela. Doctora en Medicina y Cirugía. Fundación de la Comunidad Valenciana para la Investigación. Hospital Universitario Dr Peset de Valencia. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal.

Universidad de Valencia. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Avda. Vicent Andrés Estellés s/n. 46100 Burjasot (Valencia), España.

Teléfono: 34 96 3544951 • Fax: +34 96 3 544954 • correo electrónico: maria.m.morales@uv.es

Resto de autores:

Joseba Achotegui Loizte. Ldo. en Medicina y Cirugía. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

Pablo Cervera Boada. Lda. en Medicina y Cirugía. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Dr Peset de Valencia.

Celia Quirós Bauset. LLda. en Medicina y Cirugía. Fundación de la Comunidad Valenciana para la Investigación. Hospital Universitario Dr Peset de Valencia.

Jose Vicente Pérez Fuster. Ldo. en Medicina y Cirugía. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia.

Natalia Gimeno Clemente. Lda. en Farmacia. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Agustín Llopis González. Doctor en Farmacia. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Jorge Moltó Lorenzo. Ldo. en Psicología. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Alberto Manuel Torres Cantero. Doctor en Medicina y Cirugía. Dpto. de Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Carme Borrell Thió. Doctora en Medicina y Cirugía. Agència de Salut Pública de Barcelona. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Referencias bibliográficas

- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. www.fepsm.org
- El estrés por desarraigo afecta cada vez a más inmigrantes en España. *Nueva Línea* 8/11/07.
- Achotegui Loizte J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental* 2004; 21: 39-52.
- Achotegui Loizte J. Migración y crisis: el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple. *Avances en Salud Mental Relacional* 2008; 7: 1-29.
- Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp.* 2005; 205: 116-8.
- Marcos González E, Rodríguez-Palancas Palacios A. Presentaciones clínicas de estrés en inmigrantes. *Psiquiatría.com* [citado 7 feb 2005].
- Mora Mínguez F. Psiquiatría e inmigración. Una perspectiva transcultural. *SaludMental.Info* [citado sep 2007]. www.saludmental.info
- Romaní O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. *FMC* 2002; 9: 498-504.
- López Abuín JM. El médico de familia ante el abordaje socio-sanitario del inmigrante. *FMC* 2002; 9: 492-7.
- Esteban Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria* 2001;27:25-8.
- Pertíñez Mena J, Viladás Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Sole M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria* 2002; 29: 6-13.
- Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria* 2004; 34: 106.
- Pardo Moreno G, Engel JL, Agudo Polo S. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Aten Primaria* 2007; 39: 609-14.
- García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 187-91.

• Recibido: 01-12-2009.

• Aceptado: 13-02-2010.

Tabla 2. Características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares de los inmigrantes demandantes de atención sanitaria

	Sin Síndrome de Ulises			Con Síndrome de Ulises		
	Mujer N (%)	Hombre N (%)	Total N (%)	Mujer N (%)	Hombre N (%)	Total N (%)
País de procedencia						
África árabe	4 (18,18)	11 (19,64)	15 (19,23)	-	1 (8,33)	1 (6,25)
África subsahariana	3 (13,64)	29 (54,78)	32 (41,03)	1 (25,00)	7 (58,33)	8 (50,00)
América latina	12 (54,54)	15 (26,79)	27 (34,61)	2 (50,00)	2 (16,67)	4 (25,00)
Europa	3 (13,64)	1 (1,79)	4 (5,13)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
Lengua materna						
Castellano	13 (61,90)	15 (26,79)	28 (36,36)	2 (50,00)	2 (16,67)	4 (25,00)
Inglés	1 (4,77)	3 (5,36)	4 (5,20)	-	1 (8,33)	1 (6,25)
África subsahariana	2 (9,52)	18 (32,14)	20 (25,97)	-	4 (33,33)	4 (25,00)
Árabe	1 (4,77)	4 (7,14)	5 (6,49)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
Otras lenguas europeas	2 (9,52)	1 (1,78)	3 (3,90)	-	1 (8,33)	1 (6,25)
Indio	-	3 (5,36)	3 (3,90)	-	-	-
Bilingüe	2 (9,52)	12 (21,43)	14 (18,18)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
Dominio otras lenguas						
Castellano	8 (36,36)	31 (55,36)	39 (50,00)	2 (50,00)	5 (41,67)	7 (43,75)
Inglés	2 (9,09)	9 (16,07)	11 (14,10)	-	3 (25,00)	3 (18,75)
Francés	-	6 (10,71)	6 (7,69)	-	3 (25,00)	3 (18,75)
Otras	4 (18,19)	-	4 (5,13)	1 (25,00)	-	1 (6,25)
Ninguna	8 (36,36)	10 (17,86)	18 (23,08)	1 (25,00)	1 (8,33)	2 (12,50)
Estado civil						
Soltero	13 (59,09)	28 (50,00)	41 (52,56)	1 (25,00)	6 (50,00)	7 (43,75)
Casado	4 (18,18)	21 (37,50)	25 (32,05)	2 (50,00)	6 (50,00)	8 (50,00)
Separado/divorciado	4 (18,18)	6 (10,71)	10 (12,82)	-	-	-
Viudo	1 (4,55)	1 (1,79)	2 (2,57)	1 (25,00)	-	1 (6,25)
Tiempo de estancia en España (años)						
1 < 2	2 (9,09)	18 (32,14)	20 (25,64)	1 (25,00)	5 (41,67)	6 (37,50)
2 < 3	4 (18,18)	7 (12,50)	11 (14,10)	1 (25,00)	1 (8,33)	2 (12,50)
3 < 4	4 (18,18)	4 (7,14)	8 (10,26)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
4 < 5	1 (4,55)	5 (8,93)	6 (7,69)	1 (25,00)	1 (8,33)	2 (12,50)
5 < 6	2 (9,09)	3 (5,36)	5 (6,41)	-	-	-
≥ 6	9 (40,91)	19 (33,93)	28 (35,90)	-	3 (25,00)	3 (18,75)
Tipo de transporte						
Avión	17 (77,26)	34 (60,71)	51 (65,39)	2 (50,00)	3 (25,00)	5 (31,25)
Barco	1 (4,55)	5 (8,93)	6 (7,69)	1 (25,00)	1 (8,33)	2 (12,50)
Patera	1 (4,55)	17 (30,36)	18 (23,08)	-	4 (33,34)	4 (25,00)
Turismo	1 (4,55)	-	1 (1,28)	-	-	-
Tren	-	-	-	-	1 (8,33)	1 (6,25)
Camión	-	-	-	-	1 (8,33)	1 (6,25)
Combinado	2 (9,09)	-	2 (2,56)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
Tipo de alojamiento						
Alquiler	17 (77,27)	20 (35,71)	37 (47,44)	1 (25,00)	5 (41,66)	6 (37,50)
Propiedad	3 (13,64)	7 (12,50)	10 (12,82)	1 (25,00)	-	1 (6,25)
Albergue ó centro de acogida	2 (9,09)	16 (28,57)	18 (23,08)	-	2 (16,67)	2 (12,50)
Calle	-	11 (19,64)	11 (14,10)	1 (25,00)	3 (25,00)	4 (25,00)
Asentamiento	-	1 (1,79)	1 (1,79)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
Otros	-	1 (1,79)	1 (1,79)	-	-	-