



**cejfe**

Àmbit d'Execució Penal

# **Victimització al llarg de la vida en joves catalans pertanyents a minories sexuals**

*Ajut a la investigació 2020*

---

## **Autors**

Noemí Pereda, Diego A. Diaz-Faes, Marta Codina, Ana M. Greco,  
Jaume Hombrado, Laura Sicilia

Any 2022



Generalitat de Catalunya  
**Centre d'Estudis Jurídics  
i Formació Especialitzada**

# **Victimització al llarg de la vida en joves catalans pertanyents a minories sexuals**

Noemí Pereda, Diego A. Diaz-Faes, Marta Codina, Ana M.  
Greco, Jaume Hombrado, Laura Sicilia

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta recerca respectant el text original dels autors, que són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en la recerca són de responsabilitat exclusiva dels autors, i no s'identifiquen necessàriament amb les del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

#### **Avís legal**



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca) el text complet de la qual es troba disponible a <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Així doncs, es permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública del material, sempre que se citi l'autoria del material i el Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Departament de Justícia) i no se'n faci un ús comercial ni es transformi per generar obra derivada.

## Índex

1. Introducció .....	5
1.1. Justificació de l'estudi .....	5
2. Objectius.....	7
3. Marc teòric.....	9
3.1. Experiències adverses i de victimització durant la infància i l'adolescència en minories sexuals .....	11
3.1. Victimització a l'edat adulta en minories sexuals .....	13
3.3. Problemes físics i psicosocials en minories sexuals .....	15
4. Hipòtesis.....	16
5. Metodologia .....	17
5.1. Procediment.....	17
5.2. Mostra .....	19
5.3 Variables de mesura .....	21
5.4. Anàlisi de dades.....	24
5.5. Aspectes ètics.....	25
6. Resultats.....	27
6.1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra .....	27
6.2. Experiències adverses i de victimització .....	29
6.2.1.Experiències adverses viscudes en el transcurs de la vida per a la mostra general .....	29
6.2.2. Experiències adverses viscudes per les persones pertanyents a minories sexuals .....	32
6.2.3. Agressions motivades pel prejudici, l'hostilitat o l'odi .....	34
6.2.4. Experiències adverses en minories sexuals en funció de variables sociodemogràfiques .....	35
6.2.5. Acumulació d'experiències .....	37
6.3. Efecte de les experiències adverses en els problemes de salut física i psicosocial en minories sexuals.....	41
6.3.1. Relació entre experiències adverses i problemes de salut o conductes de risc sanitari .....	43
6.3.2. Interacció entre haver patit 4 ACEs o més i pertànyer a una minoria sexual.....	43
7. Discussió .....	46
8. Conclusions .....	50
9. Propostes .....	52
10. Punts forts i limitacions de l'estudi.....	54
11. Referències bibliogràfiques .....	56

# 1. Introducció

Les experiències de victimització que deriven de la violència interpersonal motivada pel prejudici, l'hostilitat o l'odi són altament freqüents en grups socials minoritaris, com les persones que formen part del col·lectiu de minories sexuals.

Rigorosos estudis de revisió (Friedman et al., 2011) han constatat que el nombre d'experiències de victimització que ha d'afrontar aquest col·lectiu, tant durant la infància i l'adolescència, per part dels iguals i els propis cuidadors, com a l'edat adulta, per part de victimaris diversos, és molt més elevat que el que afronten persones heterosexuales. Per a molts individus amb una orientació sexual gai, lesbiana o bisexual, fer front a la violència es constitueix en una condició vital crònica.

Aquestes experiències de victimització generen multitud de problemes psicosocials tant a la infància i adolescència (Collier et al., 2013) com a l'edat adulta (Mustanski et al., 2016; Pitoňák, 2017; Plöderl i Tremblay, 2015), relatius a la vinculació i el rendiment escolar, l'abús de substàncies i altres conductes de risc, problemes de tipus internalitzant (síntomes posttraumàtics, depressió, conductes suïcides) i externalitzant (conducta disruptiva, agressivitat), així com una baixa autoestima i una menor satisfacció vital.

Al context espanyol, són escassos els estudis duts a terme sobre victimització en el col·lectiu de minories sexuals i, la majoria de treballs publicats sobre victimització en adults s'han centrat en els delictes d'odi i en la violència en les relacions de parella (Rodríguez-Otero et al., 2017), però no s'ha dut a terme cap estudi que mantingui una perspectiva centrada en la victimologia del desenvolupament, per a poder valorar l'acumulació d'experiències de victimització en el col·lectiu de minories sexuals i els seus efectes acumulatius en la salut física i psicosocial.

## 1.1. Justificació de l'estudi

Basant-nos en l'anomenat *minority stress model* (Meyer, 2003) o model de l'estrès de les minories, les minories sexuals afronten experiències adverses característiques i cròniques, com poden ser la discriminació estructural respecte a la diversitat sexual,

els prejudicis socials existents i les experiències de victimització, que afecten la seva identitat i la seva salut mental (Burton et al., 2013).

Així, establir la prevalença d'experiències de victimització en la infància i en l'etapa adulta, en adults joves pertanyents a minories sexuals i analitzar l'efecte d'aquestes en els problemes de salut física i psicosocial és una necessitat imperiosa en el nostre país, ja que no s'ha publicat cap estudi fins el moment que analitzi aquesta relació. Dur a terme un estudi d'aquest tipus, permetria desenvolupar rellevants comparacions interculturals del nivell de violència en aquest col·lectiu i les conseqüències d'aquesta al nostre país.

D'altra banda, la identificació d'aquells casos de polivictimització (o acumulació d'experiències de violència al llarg de la infància) i revictimització (o noves experiències de violència en l'edat adulta quan ja se n'han experimentat abans dels 18 anys) és indispensable, amb la finalitat de conèixer la gravetat de l'impacte que aquestes victimitzacions múltiples poden tenir en el correcte desenvolupament de l'individu i permetre elaborar programes d'atenció a víctimes més específics i centrats en perfils de risc determinats.

Amb aquest projecte s'aportarà nou coneixement sobre l'impacte de la victimització en la presència de problemes de salut física i psicosocial en minories sexuals a Catalunya. A més, el projecte proporcionarà informació sobre variables sociodemogràfiques associades a les experiències adverses per tal de poder contribuir al disseny de programes de prevenció més ajustats a les necessitats de les víctimes en funció de les característiques de les seves experiències.

## 2. Objectius

La present investigació s'emmarca en la perspectiva teòrica de la victimologia del desenvolupament (Finkelhor, 2007) i el model de l'estrès de les minories (Meyer, 2003) sent el seu **objectiu general** conèixer la prevalença d'experiències adverses viscudes en el transcurs de la infància i l'etapa adulta, entre les quals s'inclouen diverses formes de victimització, en una població de joves adults catalans pertanyents a minories sexuals, així com establir la relació d'aquestes amb problemes de salut física i psicosocial.

Nombroses investigacions avalen la relació entre la presència d'experiències adverses (Edwards et al., 2003) i el posterior desenvolupament de malalties físiques, així com problemes psicològics i psicosocials (Dong et al., 2004; Finkelhor et al., 2015; OMS, 2009), que s'incrementen quan augmenta el nombre d'experiències adverses (Hugues et al., 2017), es dona també en el col·lectiu de minories sexuals (Austin et al., 2016; Blosnich i Andersen, 2015; Clements-Nolle et al., 2018; Schneeberger et al., 2014), i suposa una enorme despesa econòmica per als diferents països (Bellis et al., 2019). En conseqüència, es considera necessari identificar els perfils de risc i les experiències adverses que influeixen, de manera més significativa, en la salut de l'individu.

Per a aquest motiu, la present investigació es planteja els següents **objectius específics**:

1. Establir la prevalença d'experiències adverses en la infància i en l'etapa adulta, en adults joves pertanyents a minories sexuals, en funció de variables sociodemogràfiques (sexe, edat, nacionalitat, socioeconòmic, educació).

Amb aquest objectiu es pretén conèixer el nombre i tipus d'experiències adverses viscudes durant la infància i en l'etapa adulta, emprant una mostra de joves catalans pertanyents a minories sexuals. D'aquesta manera, es descriurà, d'acord a les variables sociodemogràfiques indicades, el perfil d'aquells que han viscut alguna d'aquestes experiències (grup victimitzat) i el dels que no han reportat cap experiència adversa (grup no-victimitzat). També ens permetrà identificar i descriure el perfil dels

participants que presenten acumulació d'experiències adverses, i contrastar els resultats amb els obtinguts, en estudis nacionals i internacionals previs.

2. Analitzar l'efecte de les experiències adverses en els problemes de salut física i psicosocial, reportats pels joves adults pertanyents a minories sexuals.

Amb aquest objectiu, es pretén avaluar la possible contribució de les experiències adverses al llarg del cicle vital, en els comportaments de risc i els problemes de salut física i psicosocial que manifesten els joves adults. S'indagarà si les conseqüències de les experiències adverses en aquest col·lectiu són diferents que en les víctimes heterosexuales. D'aquesta manera, s'identificaran quina o quines d'aquestes experiències adverses al llarg del cicle vital es relacionen amb el desenvolupament de problemes de salut física i psicosocial.



### 3. Marc teòric

La violència interpersonal ha estat considerada un dels principals problemes de salut pública que han d'afrontar les societats de tot el món (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2002). En aquest sentit, la violència es constitueix com un esdeveniment potencialment traumàtic per a l'individu i generador, en molts casos, d'un important malestar que comporta conseqüències adverses greus per a la salut i un cost, tant per a les seves víctimes com per a la societat en general (Organització Mundial de la Salut (OMS), 2009).

Les persones que formen part del col·lectiu de minories sexuals presenten un major risc de victimització al llarg de la vida que les persones amb una orientació heterosexual, tal i com demostren diferents treballs internacionals (McKay et al., 2019). No obstant això, aquestes experiències succeeixen en interacció amb el context de posició social de l'individu i el seu grup o col·lectiu que pot tenir implicacions molt rellevants. Tal com descriu el model d'estrès de les minories (Meyer; 2003; Meyer i Frost, 2013), els factors d'estrès incrustats en la posició social dels individus poden contribuir significativament al malestar i als problemes de salut. Aquest efecte es produeix mitjançant la relació entre els valors hegemònics i minoritaris i el conflicte resultant que experimenten els membres de les minories. De forma que les disparitats de salut de les minories sexuals existeixen a nivell individual, interpersonal i estructural (Hatzenbuehler i Pachankis, 2016).

Les formes individuals d'estigma es refereixen a les respostes cognitives, afectives i conductuals (per exemple, l'homofòbia internalitzada). Les formes interpersonals d'estigma al·ludeixen al prejudici i la discriminació en els processos d'interacció entre els estigmatitzats i els no estigmatitzats (això inclou tant els delictes basats en el prejudici com formes més subtils, per exemple la microagressió). Mentre que les formes estructurals d'estigma fan referència a les condicions socials, polítiques, legislatives i culturals que restringeixen les oportunitats, els recursos i el benestar dels estigmatitzats.

Dins de les diferents formes de victimització interpersonal, la motivada pel prejudici, l'hostilitat o l'odi és altament freqüent en grups socials minoritaris, malgrat l'elevada

xifra negra o victimització no reportada (Pezzella et al., 2019), i es caracteritza per ser qualitativament diferent d'altres tipus de violència (Díaz-Faes i Pereda, 2020). Així, la victimització motivada pel prejudici, l'hostilitat o l'odi contribueix significativament al manteniment i la proliferació de la discriminació i l'estigma cap a les minories sexuals (Herek et al., 2007), així com va més enllà de la víctima directa i té un impacte indirecte en els membres de la seva comunitat promovent l'amenaça intergrup al i la culpabilització de les víctimes (Paterson et al., 2019).

Per això, i amb l'objectiu de reconèixer i combatre la discriminació, la segregació i l'odi, des dels anys 80 es va començar a desenvolupar des d'un enfocament sociolegal (Jacobs i Porter, 1998), i també amb caràcter retrospectiu (Jenness, 2001), el concepte de delictes d'odi (*hate crime*) o crim esbiaixat (*bias crime*). La singularitat d'aquest tipus de legislació s'explicita en el caràcter simbòlic de les lleis anti-odi, ja que el seu propòsit original és promoure una societat més tolerant, augmentant l'atenció i la resposta als problemes de les minories i els grups estigmatitzats, reconeixent la seva equitat respecte als grups majoritaris o hegemònics. Per tant, el que es persegueix amb les lleis anti-odi, castigant de manera explícita els prejudicis, el biaix i l'hostilitat grupal com un element de conducta criminal, és dotar a la llei d'una funció simbòlica i, no només per condemnar la conducta, sinó també el prejudici inherent (Mason, 2014). De manera que la finalitat ulterior d'aquestes lleis és la justícia social (Mason, 2007).

En l'àmbit legal internacional, la seva definició normativa no està prou estandarditzada a escala interestatal, ja que varia en funció de la jurisdicció de referència. De fet, encara persisteixen problemes relatius a la definició i prioritització dels elements configuradors subjacents en els delictes d'odi (Chakraborti i Garland, 2012; Garland, 2012). Malgrat això, el que en essència els distingeix d'altres 'tipologies delictives' és que concorren dos elements indissolubles: la infracció o delictes base i una motivació basada parcial o totalment en un biaix o en un prejudici de diferent índole: raça, religió, ètnia, identitat de gènere, orientació sexual, discapacitat o edat (OSCE, 2009). De no concórrer aquests dos elements no hi ha un delictes d'odi, sinó un delictes comú. Per tant, els delictes d'odi descriuen més aviat un tipus de delictes que no pas un delictes específic recollit en les lleis penals. Tot i l'exposat, des d'aquesta aproximació encara

preval la limitació d'abordar la convergència de les múltiples identitats estigmatitzades mitjançant una perspectiva integral com la interseccional, degut principalment a la dificultat que implica la seva operacionalització (Hancock, 2019), la qual cosa hauria de contribuir a capturar i entendre millor la complexitat d'aquestes experiències d'opressió i discriminació.

### **3.1. Experiències adverses i de victimització durant la infància i l'adolescència en minories sexuals**

Així, rigorosos estudis de metanàlisi han constatat que, durant la infància i l'adolescència, les persones que s'identifiquen amb una orientació homosexual o bisexual manifesten una elevada prevalença de victimització per parts dels iguals i companys escolars (Toomey i Russell, 2016), amb un rang que oscil·la del 26 al 39% (Katz-Wise i Hyde, 2012), i presenten, de mitjana, 1,7 vegades més probabilitats que els seus companys heterosexuales de ser victimitzats en el context escolar (Friedman et al., 2011). Alhora, la victimització dins les relacions de parella adolescent, o *dating violence*, també és més elevada en el col·lectiu de minories sexuals i se situa en un 45% de violència física i en un 17% de violència sexual en un període d'estudi de cinc anys (Whitton et al., 2019).

Tanmateix, les conseqüències adverses de la victimització per part dels iguals durant la infància i l'adolescència en minories sexuals han estat assenyalades per estudis de revisió, incloent des de problemes de vinculació i rendiment escolar, abús d'alcohol/drogues i altres conductes de risc, problemes de salut mental tant de tipus internalitzant (depressió, ansietat) com externalitzant (conducta disruptiva, agressivitat), i altres problemes psicosocials com una baixa autoestima i satisfacció vital (Collier et al., 2013). La ideació i la conducta suïcida és un problema particularment rellevant en menors pertanyents a minories sexuals que pateixen victimització i assetjament per part dels iguals (Bouris et al., 2016). La victimització a l'escola suposa, a més, menors sentiments de pertinença que, alhora, impliquen un pitjor estat de salut mental en els i les joves LGB (Heck et al., 2014).

Cal tenir en compte, però que la victimització infantojuvenil a més s'associa a un major risc de patir altres formes de victimització o acumulació d'experiències de violència,

fenomen conegut com polivictimització (Finkelhor et al., 2005) i també incrementa el risc de ser revictimitzat al llarg de la vida (Widom et al., 2008), la qual cosa suposa que hi hagi individus que hagin de fer front a la violència com una situació crònica. En aquest sentit, els estudis mostren una relació directa entre increments de victimització de l'adolescència a l'edat adulta i símptomes posttraumàtics i depressió en minories sexuals (Mustanski et al., 2016).

Els escassos estudis que s'han dut a terme demostren que la victimització de les minories sexuals no es limita, exclusivament, als delictes d'odi esmentats anteriorment. Pertànyer a una minoria sexual és també un factor de risc per l'abús sexual, el maltractament físic i emocional durant la infància per part dels pares o cuidadors principals (McGeough i Sterzing, 2018; Schneeberger et al., 2014).

Així, en l'estudi 'National Survey of Midlife Development in the United States (MIDUS)' de Corliss et al. (2002) als EUA un 52,6% dels homes homosexuals o bisexuals de la mostra van reportar maltractament emocional, un 46,7% maltractament físic i un 26,9% maltractament físic greu. Per a les dones lesbianes o bisexuals els percentatges són molt similars, amb un 45,5% de maltractament emocional, un 43,6% de maltractament físic, i un 33,6% de maltractament físic greu. En tots els casos, els percentatges van ser significativament superiors als que reporten persones heterosexuales. Resultats de l'estudi 'National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)' de Hughes et al. (2010) al mateix país mostren que les dones lesbianes presenten tres vegades més experiències d'abús sexual infantil que les dones heterosexuales i que els homes gai tenen dues vegades més probabilitats de reportar abús sexual infantil i negligència que els homes heterosexuales. Seguint als EUA, el treball de Balsam et al. (2005), realitzat amb una mostra de lesbianes, gais i bisexuals i els seus germans i germanes heterosexuales, indica que el col·lectiu d'orientació sexual minoritària reporta més abús físic i psicològic per part dels seus pares o cuidadors, així com abús sexual infantil. També amb una mostra dels EUA, en aquest cas de lesbianes i les seves germanes, Stoddard et al. (2009) van trobar que el grup sexualment minoritari va presentar una major prevalença de maltractament físic (20,4% vs 10%) i d'abús sexual (34,9% vs 20,7%) a la infància.

Utilitzant l'instrument Adverse Childhood Experiences (Felitti et al., 1998) amb una mostra d'adults dels EUA, treballs com el d'Andersen i Blosnich (2013) mostren que els participants gais/lesbianes presenten una prevalença d'exposició a violència domèstica del 24,1%, els bisexuals del 22,53% i els heterossexuals del 15,4%. Alhora, per a l'abús físic els participants gais/lesbianes presenten una prevalença del 29,3%, els bisexuals del 30,3% i els heterossexuals del 16,7%. En la mateixa línia, els participants gais/lesbianes presenten una prevalença d'abús emocional del 47,9%, els bisexuals del 48,4% i els heterossexuals del 29,6%. Finalment, respecte a l'abús sexual els participants gais/lesbianes presenten una prevalença del 29,7%, els bisexuals del 34,9% i els heterossexuals del 14,8%. Totes les diferències entre minories sexuals i heterossexuals són estadísticament significatives. Amb el mateix instrument i una mostra amb les mateixes característiques, Austin et al. (2016) van trobar resultats similars. Els participants LGB presenten una prevalença d'exposició a violència domèstica del 27,1% i els heterossexuals del 17,4%. Respecte a l'abús físic, els participants LGB presenten una prevalença de 29,7% i els heterossexuals del 17%, mentre que la prevalença d'abús emocional és del 43,8% pel col·lectiu LGB i del 28,3% pels heterossexuals. La prevalença d'abús sexual pel grup LGB és del 29,1% i de l'11,7% pels heterossexuals. Aquestes dades es confirmen també quan s'aplica l'ACE a menors d'edat. Així, l'estudi de Clements-Nolle et al. (2018), amb un grup de joves d'entre 14 i 18 anys troba que el col·lectiu LGB, novament, presenta una major prevalença d'exposició a violència domèstica (26,7% vs 14,7%), abús físic (34,1% vs 13,1%) i abús sexual (24,4% vs 6,8) que el grup heterossexual.

Centrat en les experiències de victimització sexual, la revisió de Rothman et al. (2011) sobre els estudis publicats entre 1989 i 2009 mostra que la prevalença d'aquesta forma de violència en la infància en dones lesbianes o bisexuals és del 76%, mentre que en homes gais o bisexuals el percentatge se situa en un 59,2%.

### **3.1. Victimització a l'edat adulta en minories sexuals**

Respecte a l'edat adulta, si bé la victimització sembla reduir-se en aquest col·lectiu, tal i com indiquen els estudis al respecte (Birkett et al., 2015), les minories sexuals segueixen presentant més experiències violentes que els heterossexuals, per exemple

violència física i psicològica per part de la parella o experiències d'agressió sexual (Balsam et al., 2005; Edwards et al., 2015; Hugues et al., 2010), així com abusos sexuals (Stoddard et al., 2009) i altres agressions físiques (Hugues et al., 2010, Stoddard et al., 2009).

Així, l'acumulació d'experiències adverses al llarg de la vida que presenten aquestes persones s'ha identificat com un dels factors explicatius de l'elevada prevalença de problemes de salut mental (Pitoňák, 2017), com per exemple la conducta suïcida (Clements-Nolle et al., 2018). En comparació amb altres víctimes de delictes, les víctimes de delictes d'odi entre lesbianes i homosexuals van manifestar significativament més símptomes de depressió, ira, ansietat i estrès posttraumàtic (English et al., 2018; Herek et al., 1999). La victimització en el col·lectiu LGB també s'ha vinculat amb l'abús i la dependència de substàncies (Hugues et al., 2010; Mereish et al., 2014).

En l'àmbit espanyol, la majoria de treballs publicats sobre victimització en adults pertanyents a minories sexuals s'han centrat en els delictes d'odi i en la violència en les relacions de parella. Respecte als delictes d'odi, cada any, es denuncien entre 200 i 300 casos relatius a delictes d'odi per orientació sexual i identitat de gènere, sent la majoria de víctimes de sexe masculí<sup>1</sup>. Pertànyer a aquest col·lectiu és un dels motius principals per a denunciar aquest delicte (López Ortega, 2017). En relació a la violència en l'àmbit de la parella, el treball de Longares et al. (2017), amb una mostra de 107 adults, observa que el 56,6% dels gais i el 55,7% de les lesbianes entrevistades s'identificaven com a víctimes de violència en la parella. Per la seva part, l'estudi de revisió d'articles publicats entre 2002 i 2012 de Rodríguez-Otero et al. (2017) sobre la violència en parelles gais, lesbianes i bisexuals, mostra que la prevalença de la violència que es produeix en aquestes parelles és molt més elevada que en parelles heterosexuales i afecta entre un 50% i un 64%.

---

<sup>1</sup> Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España (2018). Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad. Véase <http://www.interior.gob.es/ca/web/servicios-al-ciudadano/delitos-de-odio/estadisticas>

### **3.3. Problemes físics i psicosocials en minories sexuals**

Diverses revisions sistemàtiques i metanàlisi han posat de manifest la major prevalença de simptomatologia i trastorns de salut mental que afronten les persones pertanyents a minories sexuals en contraposició a la població heterosexual (Bridge et al., 2019; Ferguson et al., 2005; King et al., 2008; Lucassen et al., 2017; Plöderl i Tremblay, 2015; Ross et al., 2018; Salway et al., 2019). Aquest estudi de revisió mostren elevats riscos de depressió, ansietat i ideació suïcida al llarg de la vida en els diferents subgrups de minories sexuals (Ferguson et al., 2005; Spittlehouse et al., 2020), així com també una major prevalença de dependència de l'alcohol i altres substàncies.

De la mateixa manera, les persones LGB també experimenten disparitats de salut física en comparació a les persones heterosexuals. Això implica un pitjor estat general de salut física, major risc de càncer i malalties cardiovasculars, diabetis, asma, i altres afeccions cròniques de salut (Caceres et al., 2018; Flentje et al., 2020; Lick et al., 2013).

A més a més, els darrers anys, s'han començat a analitzar les possibles diferències intragrupals en la salut mental de les persones bisexuals en relació amb les persones homosexuals i els heterosexuals (Kaestle i Ivory, 2012), ja que el seu estudi agrupat pot amagar o invisibilitzar certes disparitats. L'evidència emergent mostra que les persones bisexuals experimenten taxes igual o més altes d'ansietat i depressió i problemes de salut física, que les persones gais i lesbianes (Ross et al., 2018; Simoni et al., 2017).

## 4. Hipòtesis

En relació al primer dels objectius de l'estudi, cal fer menció a les següents hipòtesis:

H1: La prevalença d'experiències adverses dels joves adults catalans pertanyents a minories sexuals, en el transcurs del cicle vital, serà similar a la trobada en mostres estrangeres mitjançant una metodologia similar (Andersen i Blosnich, 2013; Austin et al., 2016) i superior a la trobada en joves heterosexuales (Baban et al., 2013; Raleva et al., 2013), tal i com han demostrat estudis de revisió al respecte (Katz-Wise i Hyde, 2012).

H2: El risc de presentar diferents tipologies d'experiències adverses en la infància i en l'etapa adulta, variarà en funció de l'edat, sexe, nivell socioeconòmic i l'educació dels joves adults.

En funció al segon objectiu, s'hipotetitza que:

H3: El grup de joves amb experiències adverses durant el transcurs del cicle vital, presentarà més problemes de salut física i psicosocial, que el grup que no les ha patit (Blosnich i Andersen, 2015).

H4: A major quantitat d'experiències adverses en la infància i l'etapa adulta (victimitzacions interpersonals i disfuncions familiars), major serà el nombre de problemes de salut física i psicosocial (Edwards et al., 2003; Finkelhor et al., 2012).

H5: Els participants amb experiències adverses pertanyents a minories sexuals presentaran un nivell de problemes físics, psicològics i psicosocials superior a aquells amb experiències adverses heterosexuales.



## 5. Metodologia

### 5.1. Procediment

Es va contactar amb el Vicerectorat d'Estudiants de la Universitat de Barcelona, qui va donar suport a l'estudi i accés als Caps d'Estudis de les diferents titulacions de Grau. Un cop el Cap d'Estudis d'uns determinats estudis donava el seu consentiment verbal, proporcionava una o dues aules amb un nombre d'estudiants indeterminat, seleccionades aleatòriament. Posteriorment, després d'acordar el dia i grup d'aplicació, es realitzava una breu presentació als estudiants en la qual se'ls demanava la seva col·laboració per a respondre a la prova, destacant la seva confidencialitat i la sinceritat requerida, tot demanant al docent la seva absència en el moment de subministrar el qüestionari. Es va explicar als estudiants que l'objectiu de l'estudi era avaluar la vivència d'esdeveniments adversos en joves adults. També se'ls va informar de la possibilitat d'abandonar l'administració, especialment si aquesta els ocasionava un elevat nivell de malestar. Tots els estudiants van col·laborar i cap d'ells va interrompre l'aplicació abandonant la sala. Dos investigadors, graduats en psicologia i/o criminologia, acudien a les sessions, facilitant l'aplicació dels qüestionaris i atenent a tots els possibles dubtes i qüestions plantejades pels estudiants. En cap cas es van observar irregularitats durant les sessions d'aplicació del qüestionari. La prova es va administrar en una única sessió, de manera col·lectiva i anònima. La confidencialitat de les respostes dels estudiants es va assegurar codificant cada qüestionari a través d'un codi numèric.

**Taula 1. Cronograma amb la relació d'estudis seleccionats i la data en la qual es va subministrar**

<b>Estudi (Facultat)</b>	<b>Data d'aplicació</b>
Belles Arts (Belles Arts)	21/01/2019
Sociologia (Economia)	19/02/2019
ADE (Economia)	19/02/2019
Empresa Internacional (Economia)	19/02/2019
Economia (Economia)	19/02/2019
Estadística (Economia)	19/02/2019

<b>Estudi (Facultat)</b>	<b>Data d'aplicació</b>
Enginyeria informàtica (Matemàtiques/Informàtica)	19/02/2019
Matemàtiques (Matemàtiques/Informàtica)	19/02/2019
Dret (Dret)	21/02/2019
Ciències Polítiques (Dret)	22/02/2019
Gestió i Administració (Dret)	23/02/2019
Relacions Laborals (Dret)	24/02/2019
Criminologia (Dret)	25/02/2019
Educació Social (Educació)	03/05/2019
Educació Infantil (Educació)	03/05/2019
Educació Primària (Educació)	03/05/2019
Pedagogia (Educació)	03/05/2019
Treball Social (Educació)	03/05/2019
Psicologia (Psicologia)	03/05/2019
Comunicació Audiovisual (Biblioteconomia i Documentació)	03/05/2019
Informació i Documentació (Biblioteconomia i Documentació)	03/05/2019
Física (Física)	04/05/2019
Enginyeria Electrònica de Telecomunicació (Física)	04/05/2019
Química (Química)	04/05/2019
Enginyeria de Materials (Química)	04/05/2019
Enginyeria Química (Química)	04/05/2019
Ciència i Tecnologia dels Aliments (Farmàcia)	13/09/2019
Nutrició Humana (Farmàcia)	13/09/2019
Infermeria (Infermeria)	30/10/2019
Geologia (Geologia)	07/11/2019
Ciències del Mar (Geologia)	07/11/2019
Filosofia (Filosofia)	28/11/2019
Història de l'Art (Geografia i Història)	28/11/2019
Història (Geografia i Història)	28/11/2019

Estudi (Facultat)	Data d'aplicació
Antropologia (Geografia i Història)	28/11/2019
Geografia (Geografia i Història)	28/11/2019
Arqueologia (Geografia i Història)	28/11/2019
Podologia (Medicina)	05/12/2019
Odontologia (Medicina)	05/12/2019
Medicina (Medicina)	05/12/2019
Enginyeria Biomèdica (Medicina)	05/12/2019
Ciències Biomèdiques (Medicina)	05/12/2019
Farmàcia (Farmàcia)	05/12/2019
Filologia catalana	29/10/2021
Filologia clàssica	29/10/2021
Filologia hispànica	29/10/2021
Filologia romànica	29/10/2021
Comunicació i Indústries Culturals (Filologia)	29/10/2021
Biologia (Biologia)	No accessible*
Bioquímica (Biologia)	No accessible*
Biotecnologia (Biologia)	No accessible*
Ciències Ambientals (Biologia)	No accessible*

\*La cap d'estudis de la Facultat de Biologia no va acceptar participar en l'estudi atenent a "criteris científics".

## 5.2. Mostra

Es va recollir una mostra total de 1.291 joves, majors de 18 anys, de cadascuna de les titulacions de grau de la Universitat de Barcelona. Els participants que no van completar almenys un 60% del qüestionari van ser descartats ( $n = 273$ ) mitjançant el mètode d'eliminació per llista. Per tant, la mostra emprada per aquest estudi està conformada per 924 casos, el 71,60% són dones i el 28,40% són homes. La mitjana d'edat és 20,10 anys ( $DT = 3,34$ ). D'aquests, 231 participants s'han autoidentificat com individus no heterosexuels –minories sexuals– (i.e., lesbianes, gais, bisexuals,

asexuals i no definits), seguint la mateixa distribució d'altres estudis que s'han fet al respecte (The Lancet, 2016).

Per tal d'assolir els objectius d'aquest estudi s'ha realitzat un aparellament mitjançant el procediment de Propensity Score Matching (PSM, Rosenbaum i Rubin, 1983). Aquest mètode prové de l'epidemiologia i calcula la probabilitat de cada subjecte participant de pertànyer al grup tractament (en el nostre estudi, minoria sexual) o control (en aquest estudi, heterosexual) segons característiques rellevants (en el nostre cas, el sexe, edat, nivell socioeconòmic i religió). Posteriorment, fa servir aquesta probabilitat per fer aparellaments entre els subjectes de cadascun dels grups. Així, cada subjecte que pertany al grup de minories sexuals (grup tractament) quedarà aparellat amb tres subjectes heterosexuals (grup control) amb característiques semblants a les variables incloses al model de PSM. D'aquesta manera, maximitzem les possibilitats de que les diferències trobades entre els grups siguin per causa de la variable d'agrupament (i.e., pertànyer o no a una minoria sexual) i no per altres característiques que també poden influir.

El PSM s'ha dut a terme amb el programa R (R Core Team, 2019), fent servir el package MatchIt (Ho et al., 2011). Per tal de realitzar el procediment, s'han descartat 24 subjectes que presentaven dades incompletes a alguna de les variables incloses al model. Mitjançant el PSM, 70 subjectes heterosexuals no han sigut aparellats, pel que la mostra aparellada ha quedat configurada tal i com es mostra a la Taula 1.

**Taula 2. Característiques sociodemogràfiques abans i després de l'aparellament mitjançant PSM**

Variable	Sense aparellar <sup>a</sup>			Aparellats		
	Casos (n = 241)	Controls (n = 777)	$\chi^2$ (df)	Casos (n = 231)	Controls (n = 693)	$\chi^2$ (df)
Edat <sup>b</sup>	19,6(0,19)	20,3(0,15)	(553,35)2,65	19,6(0,20)	19,9(0,13)	(449,89)1,51
Sexe						
Home	48(19,9)	241(31,0)	(1)10,61**	45(19,5)	205(29,6)	(1)8,45**
Dona	193(80,1)	536(69,1)		186(80,5)	488(70,4)	

	Sense aparellar <sup>a</sup>			Aparellats		
	n(%)			n(%)		
<b>SES</b>						
Alt	27(11,2)	108(14,0)		26(11,3)	90(13,0)	
Mitjà	106(44,0)	425(54,7)	(2)14,62***	100(43,3)	371(53,5)	10,79**
Baix	108(44,8)	244(31,4)		105(45,4)	232(33,5)	
<b>Origen</b>						
Espanya	218(90,5)	686(88,3)		210(90,9)	618(89,2)	
Altre	23(9,5)	86(11,1)	(1)0,34	21(9,1)	71(10,2)	(1)0,16
<b>Religió</b>						
No	212(88,0)	600(77,2)		212(91,8)	596(86,0)	
Sí	19(7,9)	163(21,0)	(1)19,59***	19(8,2)	97(14,0)	(1)4,74*

*Nota.* <sup>a</sup> A la mostra sense aparellar es comptava amb 1.018 participants. Alguns percentatges en aquesta mostra no sumen 100 perquè inclouen dades perdudes.

<sup>b</sup> Els descriptius per l'edat estan expressats en mitjanes(DT). La significació estadística es va testejar mitjançant la t de 21 de Student. Un total de 86 casos es van descartar per no poder aparellar-se.

### 5.3 Variables de mesura

Per als objectius de l'estudi, s'ha creat un protocol d'avaluació<sup>2</sup>, que té com a base l'Adverse Childhood Experiences (ACE) (Bellis et al., 2014), tal i com han fet estudis previs sobre aquest tema i es recomana quan s'analitza la victimització en el col·lectiu de minories sexuals (Andersen i Blosnich, 2013), però que incorpora ítems d'altres tres instruments de referència en l'àmbit que s'emmarca el present treball i que permet avaluar de forma completa i comprensiva les experiències adverses i de victimització que viuen els infants, joves i adults al llarg de la seva vida.

També s'han obtingut dades sociodemogràfiques de l'entorn social com el sexe, l'edat, l'orientació sexual, el grup cultural/ètnic, l'estat civil, el nivell educatiu, el nivell socioeconòmic percebut i la situació laboral en el moment d'emplenar l'instrument.

<sup>2</sup> El protocol d'avaluació complet es pot sol·licitar a l'equip d'investigació.

Finalment, el protocol d'avaluació està estructurat en les següents seccions:

- El full de consentiment informat.
- L'Adverse Childhood Experiences (ACE):
  - o Secció I: Informació personal general
  - o Secció II: Preguntes sobre l'estil de vida
  - o Secció III: Preguntes sobre la salut
  - o Secció IV: Experiències adverses en la infància (abans dels 18 anys), on s'incorporaran els elements de la versió traduïda a l'espanyol del Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ; Finkelhor et al., 2005) i altres de la versió reduïda del Qüestionari de Victimització Juvenil mitjançant Internet i/o Telèfon mòbil (Montiel i Carbonell, 2012)
  - o Secció V: Experiències adverses en etapa adulta (a partir dels 18 anys), on s'incorporaran ítems de la versió traduïda a l'espanyol del Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ; Kubany i Haynes, 2001)
- Full d'observacions sobre incidències i acotacions en la recollida d'informació.

A continuació es detallen les característiques de cadascun dels instruments.

### *1. Adverse Childhood Experiences (ACE)*

El present projecte inclou l'adaptació espanyola oficial de l'ACE entre els instruments de què es valdrà per assolir els seus objectius, sent la primera vegada que s'apliqui al nostre país en una versió aprovada per l'Oficina Regional Europea de l'Organització Mundial de la Salut. L'ACE, ha estat adaptat i aplicat al Canadà, Puerto Rico, Xina, Filipines, Tailàndia, Vietnam, Aràbia Saudita, Jordània, Sud Àfrica, Austràlia, Lituània, Regne Unit, Alemanya, Noruega, Romania, República Txeca i República de Macedònia. S'ha dut a terme la traducció i adaptació oficial de l'ACE al context sociocultural Espanyol, a partir de la versió de Bellis et al. (2014) i amb permís dels autors.

L'ACE s'ha aplicat a mostres de minories sexuals, sent un instrument vàlid i fiable per a obtenir informació respecte a experiències adverses amb aquest col·lectiu (Andersen i Blosnich, 2013).

Aquest instrument avalua, de manera retrospectiva, les experiències adverses viscudes a l'entorn familiar (separació o divorci dels pares, mort de la mare, pare o cuidador/a, haver conviscut durant la infància amb algú que consumís drogues o medicaments sense recepta mèdica, presentés abús o dependència de l'alcohol, algun trastorn mental o depressió, conducta suïcida o que hagi estat condemnat judicialment).

- Formes d'abús físic, emocional o sexual (maltractament emocional, abandonament, abús físic per part d'un adult cuidador en forma de bufetades, puntades, cops de puny o pallisses, abús físic amb algun objecte, abús sexual comés per algú 5 anys major o abans del 16 anys o entre els 16 i els 18) i exposició a violència física o emocional cap a algun altre membre de la llar.
- Violència física o emocional entre iguals, baralla física entre iguals, agressió motivada pel prejudici o odi, haver viscut en un veïnat perillós, haver vist o escoltat a algú ser apunyalat o disparat, haver escoltat a algú ser amenaçat amb una pistola o ganivet.

Alhora, l'instrument avalua possibles conseqüències en la salut derivades d'aquestes experiències adverses com:

- Comportaments de risc sanitari (consum de més de 6 ingestes d'alcohol segons la Organització Mundial de la Salut, ser fumador o haver fumat diàriament, haver consumit cànnabis, drogues il·legals -cocaïna, heroïna o drogues de disseny com LSD- o medicaments sense recepta mèdica, embaràs en l'adolescència i haver enviat o compartit material íntim o sexual o buscar desconeguts per tenir sexe online).
- Problemes de salut física (càncer, malalties de transmissió sexual, malalties cardíaques, malalties respiratòries, malalties digestives, diabetis, hipertensió, angina de pit, vessament o ictus i malalties hepàtiques).

- Problemes de salut psicosocial (trastorn mental, ideació o conducta suïcida).

Les múltiples aplicacions de l'instrument a diversos països del món han demostrat les seves excel·lents propietats psicomètriques (Dube et al., 2004).

#### **5.4. Anàlisi de dades**

Per tal de testejar la nostra primera hipòtesi (i.e., que la prevalença d'experiències adverses dels joves adults catalans pertanyents a minories sexuals, en el transcurs del cicle vital, serà superior a la trobada en joves heterosexuales) s'han comparat les experiències adverses viscudes pel grup de persones heterosexuales i el de minories sexuals mitjançant freqüències, percentatges i l'oportunitat relativa (odds-ratio, OR), amb el seus corresponents intervals de confiança al 95%. També s'han comparat els individus que havien experimentat almenys una experiència adversa amb els que no n'havien patit cap segons variables sociodemogràfiques per tal de testejar la hipòtesi 2 mitjançant freqüències i percentatges. Per tal de testejar la hipòtesi 3 (i.e., que els subjectes que presentin més experiències adverses presentaran més problemes de salut i conductes de risc) es va calcular la suma d'experiències adverses viscudes a la infància per cadascú dels subjectes participants, sumant un punt per resposta positiva i 0 si el subjecte declarava que no havia viscut l'experiència. Després es van classificar els subjectes en ACE baix (entre 0 i 3 experiències) i ACE alt (més de 4 experiències), seguint estudis previs (Felitti et al., 1998). S'han comparat les variables d'anàlisi mitjançant OR. Per tal de testejar la hipòtesi 4 (i.e., si a més experiències adverses, més problemes de salut i conductes de risc sanitari) s'ha calculat una correlació de Pearson entre la totalitat d'experiències viscudes i la suma dels problemes de salut i estil de vida (novament, sumant 1 per cada problema present). Finalment, per tal de testejar la nostra hipòtesi 5 (i.e., els participants que han estat exposats a experiències adverses a la infància i que, a més, pertanyen a minories sexuals presentaran un major nivell de problemes físics i conductes de risc sanitàries que els heterosexuales), s'han comparat les mitjanes del total d'experiències adverses i de problemes de salut i conductes de risc sanitàries mitjançant un ANOVA de 2x2. La desviació típica més gran no és dues vegades major que la desviació típica menor, llavors s'ha considerat que les variàncies entre els grups són homogènies malgrat la



diferència entre la grandària de cadascuna de les submostres. La resta de suposicions s'han confirmat mitjançant gràfics.

El nivell de significació estadística per totes les anàlisis s'ha establert en  $\alpha=0,05$ . Les anàlisis van estar fetes amb el programa R i el programari IBM SPSS Statistics Version 26.

## **5.5. Aspectes ètics**

### *Disposicions legals vigents*

Aquest estudi s'ha regit pels principis ètics bàsics de la Declaració de Helsinki (Seoul, 2008) i pel Codi deontològic del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC, 2015).

### *Consentiment informat*

En compliment de les directrius establertes a la declaració de Hèlsinki i al Codi deontològic del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, s'ha sol·licitat el consentiment informat als participants, exposant prèviament els objectius de la recerca i la voluntarietat de la seva participació.

### *Confidencialitat de les dades*

En tot moment s'ha respectat el dret a la confidencialitat dels participants, complint la legislació nacional vigent sobre protecció de dades. D'aquesta manera, el protocol de recollida de dades és anònim i les dades que identifiquen els participants únicament han estat la facultat, els estudis que realitza i l'any en què es troba, assignant a cada participant un codi.

Així mateix, els integrants de l'equip han informat els estudiants de forma expressa, precisa i inequívoca que la informació brindada s'incorporarà a una base de dades informàtica, que només s'utilitzarà amb fins d'investigació en la que el participant no podrà ser identificat de cap manera.

*Avaluació per un Comitè Ètic d'Investigació Clínica*

Seguint les recomanacions generals sobre investigació clínica, l'estudi s'ha sotmès a la consideració del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Universitat de Barcelona (Institutional Review Board: IRB00003099).

## 6. Resultats

### 6.1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra

La mostra d'aquest estudi comprèn 924 participants amb una mitjana d'edat de 19,85 anys ( $DT = 3,33$ ), d'entre 18 i 58 anys, i un 72,9% ( $n = 674$ ) de dones.

Com es pot observar a la Taula 3, en relació a la seva orientació sexual, el 75% ( $n = 693$ ) es va identificar com "heterosexual", un 18,5% ( $n = 171$ ) com "bisexual", un 5,7% ( $n = 47$ ) com "homosexual" i un 0,3% ( $n = 3$ ) com "asexual". Un 1,1% ( $n = 10$ ) no es van identificar amb cap de les categories de resposta. Així, el col·lectiu minories sexuals està conformat per 231 individus, i la seva distribució intragrupal és la següent: 20,3% homosexual –gai o lesbiana–, 74% bisexual, 1,3% asexual i 4,3% no definit.

La majoria dels participants ( $n = 828$ ; 89,6%) van indicar Espanya com a país d'origen, mentre que un 5,2% ( $n = 48$ ) provenia d'Amèrica, un 2,4% ( $n = 22$ ) d'altres països europeus, un 1,7% d'Àsia ( $n = 16$ ) i un 0,8% d'Àfrica.

El 87,4% ( $n = 808$ ) va manifestar no identificar-se amb cap religió o sistema de creences, mentre que el 12,6% ( $n = 116$ ) va reportar que sí: un 11,4% ( $n = 105$ ) s'identificava amb el cristianisme, un 0,8% ( $n = 7$ ) amb l'islam, un 0,2% ( $n = 2$ ) amb l'hinduisme i un altre 0,2% ( $n = 2$ ) amb el budisme. Pel que fa al nivell socioeconòmic el 51% ( $n = 471$ ) dels participants el van descriure com mig, un 36,5% ( $n = 337$ ) com baix o mig-baix, i un 12,5% ( $n = 116$ ) com alt o mig-alt.

**Taula 3. Característiques sociodemogràfiques de la mostra**

<b>Variabls</b>	<b>n (%)</b> <b>n = 924</b>
<b>Sexe</b>	
Masculí	250 (27,1)
Femení	674 (72,9)
<b>Orientació sexual</b>	
Heterosexual	693 (75)
Minoria sexual	231 (25)
Homosexual	47 (5,1)
Bisexual	171 (18,5)
Asexual	3 (0,3)
No definit	10 (1,1)
<b>País o continent d'origen</b>	
Espanya	828 (89,6)
Europa (altres)	22 (2,4)
Àsia	16 (1,7)
Àfrica	7 (0,8)
Amèrica	48 (5,2)
No respon	1 (0,1)
<b>Religió o sistema de creences</b>	
Sí	116 (12,6)
Cristianisme	105 (11,4)
Islam	7 (0,8)
Hinduisme	2 (0,2)
Budisme	2 (0,2)
No	808 (87,4)
<b>Nivell socioeconòmic</b>	
Alt	116 (12,5)
Mig	471 (51,0)
Baix	337 (36,5)

## 6.2. Experiències adverses i de victimització

### 6.2.1. Experiències adverses viscudes en el transcurs de la vida per a la mostra general

Les experiències adverses que han reportat els participants es presenten a la Taula 4. Així, un 54,0% dels homes ( $n= 135$ ) i un 57,6% de les dones ( $n= 388$ ) reporten alguna experiència adversa vinculada al seu entorn familiar i comunitari (un 56,6% en total), mentre que un 84,0% dels homes ( $n= 210$ ) i un 77,2% de les dones ( $n= 520$ ) reporten alguna experiència adversa vinculada a victimitzacions (un 79,0% en total).

Aquelles victimitzacions més freqüents es detallen a continuació. Pel que fa a aquelles relacionades amb l'entorn familiar i comunitari, la més freqüent va ser haver conviscut amb algú amb depressió, trastorn mental o conductes suïcides (28,8%), seguit del divorci dels pares (26,5%), i haver conviscut amb algú amb problemes d'alcoholisme, que abusés de drogues o medicaments sense recepta mèdica (16,9%). No s'han trobat diferències significatives entre sexes per a cap de les experiències d'aquest mòdul.

D'entre les experiències adverses relacionades amb la victimització, la més reportada és la violència física o emocional entre iguals (46,0%), seguida de l'abús físic per part d'un adult cuidador (30,7%), baralla física entre iguals (30,5%), haver estat testimoni de violència psicològica intrafamiliar (26,0%), l'abús sexual (21,1%) i l'abús emocional (16,1%).

S'han trobat diferències estadísticament significatives basades en el gènere pel que fa al mòdul de victimització ( $\chi^2 = 5,157$ ;  $p = ,023$ ; OR = 1,16; 95% CI [0,44-0,94]) que mostren que els homes tenen major risc de patir aquestes experiències adverses de forma general. En canvi, quan s'analitzen les formes específiques de victimització, per ítems, a les tres formes de victimització sexual hi ha un major percentatge de dones, mentre que els homes experimenten en major mesura agressions físiques entre iguals, haver vist o escoltat algú sent amenaçat amb una arma i agressions motivades pel prejudici, l'hostilitat o l'odi.

**Taula 4. Experiències adverses per al total de la mostra, per sexes**

	Total <i>n</i> (%)	Homes <i>n</i> (%)	Dones <i>n</i> (%)	OR (95% CI)
<b>Entorn familiar i comunitari</b>	523 (56,6)	135 (54)	388 (57,6)	1,16 (0,86-1,55)
Divorci dels pares (ítem 15)	245 (26,5)	60 (24,0)	185 (27,4)	1,20 (0,86-1,68)
Mort de la mare, el pare o cuidador (ítem 16)	43 (4,7)	10 (4,0)	33 (4,9)	1,23 (0,60-2,54)
Haver conviscut amb algú amb depressió, trastorn mental o conductes suïcides (ítem 39)	266 (28,8)	62 (24,8)	204 (30,3)	1,32 (0,95-1,83)
Haver conviscut amb algú que abusés d'alcohol, drogues o medicaments sense recepta mèdica (ítem 40)	156 (16,9)	42 (16,8)	114 (16,9)	1,01 (0,68-1,49)
Haver conviscut amb algú subjecte a una condemna judicial (ítem 41)	22 (2,4)	6 (2,4)	16 (2,4)	0,99 (0,38-2,56)
Haver viscut en un veïnat perillós (ítem 75)	148 (16)	42 (16,8)	106 (15,7)	0,92 (0,63-1,37)
<b>Victimització</b>	730 (79)	210 (84)	520 (77,2)	0,64 (0,44-0,94) *
Haver estat testimoni de violència emocional, intrafamiliar (crits, insults, humiliacions, amenaces) (ítem 58)	240 (26)	64 (25,6)	176 (26,1)	1,03 (0,74-1,43)
Haver estat testimoni de violència física intrafamiliar (bufetades, cops de puny, pallisses) (ítem 59)	82 (8,9)	21 (8,4)	61 (9,1)	1,09 (0,65-1,82)
Haver estat testimoni de violència física intrafamiliar mitjançant objectes (pal, bastó ampolla, ganivet, fuet, cremada per cigarreta) (ítem 60)	9 (1)	1 (0,4)	8 (1,2)	2,99 (0,37-24,04)
Abús emocional (ítem 47)	149 (16,1)	32 (12,8)	117 (17,4)	1,43 (0,94-2,18)

	Total <i>n</i> (%)	Homes <i>n</i> (%)	Dones <i>n</i> (%)	OR (95% CI)
Abandonament (ítem 54)	138 (14,9)	34 (13,6)	104 (15,4)	1,16 (0,76-1,76)
Abús físic per part d'un adult cuidador (bufetades, puntades, cops de puny o pallisses) (ítem 56)	284 (30,7)	86 (34,4)	198 (29,4)	0,79 (0,58-1,08)
Abús físic amb objectes (pal, bastó, ampolla, ganivet, fuet, cremada per cigarreta) (ítem 57)	26 (2,8)	10 (4,0)	16 (2,4)	0,58 (0,26-1,30)
Abús sexual comes per algú 5 anys més gran (ítem 65)	107 (11,6)	12 (4,8)	95 (14,1)	3,25 (1,75-6,04)**
Abús sexual abans dels 16 anys (ítem 66)	92 (10)	10 (4,0)	82 (12,2)	3,32 (1,70-6,52)**
Abús sexual després dels 16 anys, però abans dels 18 anys (ítem 67)	95 (10,3)	7 (2,8)	88 (13,1)	5,21 (2,38-11,42)**
Violència física o emocional entre iguals (ítem 44)	425 (46)	105 (42,0)	320 (47,5)	1,25 (0,93-1,67)
Agressió física entre iguals (ítem 45)	282 (30,5)	135 (54,0)	147 (21,8)	0,24 (0,18-0,34)**
Agressió motivada pel prejudici o l'odi (ítem 46)	152 (15,5)	51 (20,4)	101 (15,0)	0,69 (0,47-1)
Haver vist o escoltat algú ser disparat o apunyalat (ítem 76)	66 (7,1)	23 (9,2)	43 (6,4)	0,67 (0,40-1,14)
Haver vist o escoltat algú sent amenaçat amb una pistola o ganivet (ítem 77)	116 (12,6)	50 (20,0)	66 (9,8)	0,43 (0,29- 0,65)**

Nota. La significació estadística està assenyalada per asteriscs: \* $p < ,05$ , \*\* $p < ,01$

### **6.2.2. Experiències adverses viscudes per les persones pertanyents a minories sexuals**

Quan analitzem les experiències adverses en funció de l'orientació sexual, s'observen diferències estadísticament significatives entre el grup d'heterosexuals i el grup de minories sexuals ( $\chi^2 = 4,967$ ;  $p = ,026$ ; OR = 1,81; 95% CI [1,07-3,07]), de manera que el grup de minories sexuals presenta en major proporció aquestes experiències, que varien lleugerament la seva distribució, com es pot veure a la Taula 5.

Aquestes diferències entre els grups també es manifesten per cada un dels dos mòduls d'experiències adverses, les relacionades amb l'entorn comunitari ( $\chi^2 = 4,125$ ;  $p = ,042$ ; OR = 1,37; 95% CI [1,01-1,86]), i les relacionades amb el mòdul de victimització ( $\chi^2 = 5,437$ ;  $p = ,020$ ; OR = 1,60; 95% CI [1,07-2,38]). Així, un 62,3% dels participants del grup de minories sexuals reporta experiències adverses relacionades amb el seu entorn familiar i comunitari, i un 84,4% experiències de victimització. Aquestes dades són del 54,7% i del 77,2%, respectivament, en el grup heterosexual.

Pel que fa a les experiències relacionades amb l'entorn familiar, haver conviscut amb algú amb depressió, trastorn mental o conductes suïcides (36,4%), seguit del divorci dels pares (29,0%) són les més freqüents. Les diferències entre participants pertanyents a minories i no minories són significatives pel que fa a haver conviscut amb algú amb depressió, trastorn mental o conductes suïcides, sent més freqüent en les persones pertanyents a minories sexuals en comparació als heterosexuals.

D'entre les experiències adverses relacionades amb la victimització, les més reportades són la violència física o emocional entre iguals (58,0%), el càstig físic per part d'un adult (39,0%), l'abús físic amb i sense objectes (39,0%), la violència intrafamiliar, física i emocional (31,5%), l'abús sexual (31,2%), haver estat testimoni de violència psicològica intrafamiliar (33,3%), l'agressió física entre iguals (27,7%) i els atacs motivats pel prejudici o l'odi (24,2%).

Els càstigs físics i emocionals presenten diferències significatives pel que fa a l'orientació sexual, reportant-les amb major freqüència les minories sexuals. També haver estat testimoni de violència psicològica intrafamiliar. De la mateixa manera que



s'ha trobat en els resultats de victimització per gènere (veure apartat anterior, Taula 4), s'han trobat diferències significatives pel que fa a les tres victimitzacions relacionades amb l'abús sexual, mostrant-se com les minories sexuals pateixen més abús sexual que el grup d'heterosexuals. També s'observen diferències significatives en la violència física o emocional entre iguals i els atacs motivats pel prejudici o l'odi, sent més prevalents en el grup de minories sexuals en comparació als heterosexuals.

**Taula 5. Experiències adverses en funció de l'orientació sexual**

<b>Experiència adversa</b>	<b>Heterosexuals n (%)</b>	<b>Minories sexuals n (%)</b>	<b>OR (95% CI)</b>
<b>Entorn familiar i comunitari</b>	379 (54,7)	144 (62,3)	1,37 (1,01-1,86) *
Divorci dels pares	178 (25,7)	67 (29)	1,18 (0,85-1,65)
Mort de la mare, el pare o cuidador	35 (5,1)	8 (3,5)	0,68 (0,31-1,49)
Haver conviscut amb algú amb depressió, trastorn mental o conductes suïcides	182 (26,3)	84 (36,4)	1,60 (1,17-2,20) **
Haver conviscut amb algú que abusés d'alcohol, drogues o medicaments sense recepta mèdica	113 (16,3)	43 (18,6)	1,17 (0,80-1,73)
Haver conviscut amb algú subjecte a una condemna judicial	15 (2,2)	7 (3)	1,41 (0,57-3,51)
Haver viscut en un veïnat perillós	106 (15,3)	42 (18,2)	1,23 (0,83-1,82)
<b>Victimització</b>	535 (77,2)	195 (84,4)	1,60 (1,07-2,38) *
Haver estat testimoni de violència emocional, intrafamiliar (crits, insults, humiliacions, amenaces)	163 (23,5)	77 (33,3)	1,63 (1,18-2,25) **
Haver estat testimoni de violència física intrafamiliar (bufetades, cops de puny, pallisses)	58 (8,4)	24 (10,4)	1,27 (0,77-2,10)

Haver estat testimoni de violència física intrafamiliar mitjançant objectes (pal, bastó ampolla, ganivet, fuet, cremada per cigarreta)	6 (0,9)	3 (1,3)	1,51 (0,37-6,07)
Abús emocional	96 (13,9)	53 (22,9)	1,85 (1,27-2,69) **
Abandonament	101 (14,6)	37 (16)	1,12 (0,74-1,69)
Abús físic per part d'un adult cuidador (bufetades, puntades, cops de puny o pallisses)	194 (28)	90 (39)	1,64 (1,20-2,24) **
Abús físic amb objectes (pal, bastó, ampolla, ganivet, fuet, cremada per cigarreta)	17 (2,5)	9 (3,9)	1,61 (0,71-3,67)
Abús sexual comés per algú 5 anys més gran	70 (10,1)	37 (16)	1,70 (1,10-2,61) *
Abús sexual abans dels 16 anys	50 (7,2)	42 (18,2)	2,86 (1,84-4,44) **
Abús sexual després dels 16 anys, però abans dels 18 anys	60 (8,7)	35 (15,2)	1,88 (1,21-2,95) **
Violència física o emocional entre iguals	291 (42)	134 (58)	1,91 (1,41-2,58) **
Baralla física entre iguals	218 (31,5)	64 (27,7)	0,84 (0,60-1,16)
Atac motivat pel prejudici o l'odi	96 (13,9)	56 (24,2)	2,00 (1,37-2,88) **
Haver vist o escoltat algú ser disparat o apunyalat	51 (7,4)	15 (6,5)	0,87 (0,48-1,59)
Haver vist o escoltat algú sent amenaçat amb una pistola o ganivet	89 (12,8)	27 (11,7)	0,90 (0,57-1,42)

Nota. La significació estadística està assenyalada per asteriscs: \* $p < ,05$ , \*\* $p < ,01$

### 6.2.3. Agressions motivades pel prejudici, l'hostilitat o l'odi

Les agressions motivades pel prejudici, l'hostilitat o l'odi van ser reportades en major mesura per les minories sexuals en comparació a les persones heterosexuales. Dels participants pertanyents a les minories sexuals que van reportar aquest tipus de victimització, el 63,5% d'ells l'havien patit 5 o més cops. Per tant, sembla que es tracta més d'una experiència continuada per aquells que la pateixen que no un fet aïllat, ja que només un 7,7% diu haver-ho patit únicament un cop.

**Taula 6. Motius de les agressions motivades pel prejudici, l'hostilitat o l'odi**

Motivació	Heterosexuals <i>n</i> (%)	Minories sexuals <i>n</i> (%)
Per la raça, nacionalitat o color de pell	27 (3,9)	12 (5,2)
Per la religió	7 (1,0)	0 (0,0)
Per l'orientació sexual	0 (0,0)	30 (13,0)
Per algun problema o característica física	48 (6,9)	18 (7,8)

Com s'observa a la Taula 6, el motiu més rellevant pel qual les persones pertanyents a minories sexuals reporten haver estat víctimes d'una agressió motivada pel prejudici, l'hostilitat o l'odi és la seva orientació sexual ( $n = 30$ ; 13%). Donat el reduït nombre de casos reportats no és possible fer un anàlisi de la significació dels resultats de forma comparativa entre els dos grups. No obstant, l'anàlisi dels resultats resulta interessant, ja que el motiu "orientació sexual" es troba present únicament en aquells que pertanyen a alguna de les tres minories sexuals presentades en aquest estudi, ja que en la resta de la mostra heterosexual, tot i que es reporten incidents d'odi, cap va estar motivat per aquesta qüestió. Per tant, podríem dir que és un motiu propi de les minories i que no es dona en la resta de la mostra.

Pel que fa a la notificació d'aquests incidents, cap d'ells es va notificar a les autoritats policials, i tampoc cap va acabar en judici.

#### **6.2.4. Experiències adverses en minories sexuals en funció de variables sociodemogràfiques**

La gran majoria de persones que pertanyen a una minoria sexual ha patit, almenys, una experiència adversa (92,2%) al llarg de la seva vida, ja sigui vinculada al seu entorn familiar o comunitari com a experiències de victimització. Només un 7,8% no n'ha patit cap. En contraposició, tot i que en menor proporció que la viscuda pel grup de minories sexuals, també la majoria de les persones heterosexuals han patit almenys una experiència adversa (86,7%) al llarg de la seva vida.

Pel que fa la presència d'experiències adverses segons les variables sociodemogràfiques, aquestes es descriuen a la Taula 7. No s'han trobat diferències significatives pel que fa a les variables sociodemogràfiques entre aquelles persones

pertanyents a minories sexuals que han patit experiències adverses i les que no. No obstant, les característiques dels participants pertanyents a les minories sexuals que han experimentat almenys una experiència adversa, per la seva freqüència són: ser una dona (80,3%), bisexual (74,6%), ser d'origen espanyol (90,6%), no ser de cap religió (92%) i ser de nivell socioeconòmic mig (42,7%) o baix (45,6%).

**Taula 7. Experiències adverses en les minories sexuals per característiques sociodemogràfiques**

Característiques sociodemogràfiques	Presència d'ACEs	
	No n (%)	Sí n (%)
<b>Sexe</b>		
Masculí	3 (16,7)	42 (19,7)
Femení	15 (83,3)	171 (80,3)
<b>Orientació sexual</b>		
Homosexual	6 (33,3)	41 (19,2)
Bisexual	12 (66,7)	159 (74,6)
Asexual	0 (0)	3 (1,4)
No definit	0 (0)	10 (4,7)
<b>País o continent d'origen</b>		
Espanya	17 (94,4)	193 (90,6)
Europa (altres)	0	5 (2,3)
Àsia	0	5 (2,4)
Àfrica	1 (5,6)	1 (0,4)
Amèrica	0	10 (4,3)
<b>Religió o sistema de creences</b>		
No	16 (88,9)	196 (92)
Si	2 (11,1)	17 (8)
<b>Nivell socioeconòmic</b>		
Alt	1 (5,6)	25 (11,7)
Mig	9 (50)	91 (42,7)
Baix	8 (44,4)	97 (45,6)

*Nota.* No s'han trobat diferències significatives en cap de les variables mitjançant el test del Chi quadrat.

### 6.2.5. Acumulació d'experiències

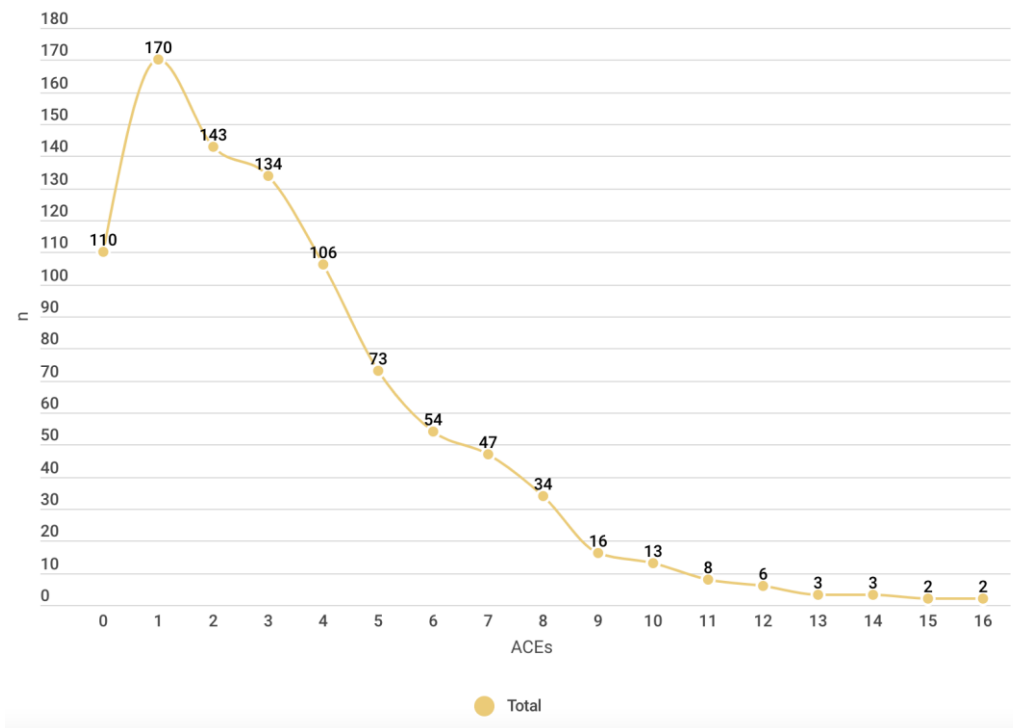
L'estudi de l'acumulació d'experiències adverses de la mostra ens explica el nombre d'experiències que els participants acumulen dins de les 21 possibles que es preguntaven en aquest estudi. Cap participant ha reportat haver-les patit totes. El rang per a la mostra es va distribuir entre la freqüència de 0 a 16 experiències. La mitjana d'experiències adverses per al total de la mostra és de 3,4 ( $DT = 2,88$ ), amb un 11,9% de persones que va reportar no haver-ne patit cap, mentre que la resta de participants 88,1% han patit una o més experiències adverses.

**Taula 8. Acumulació d'experiències adverses per orientació sexual**

	<b>Total <i>M (DT)</i></b>	<b>Heterosexuals <i>M (DT)</i></b>	<b>Minories sexuals <i>M (DT)</i></b>
Total d'ACEs	3,4 (2,88)	3,16 (2,75)	4,15 (3,12)
ACEs 'Entorn familiar i comunitari'	0,96 (1,10)	0,91 (1,07)	1,10 (1,18)
ACEs 'Victimització'	2,45 (2,28)	2,25 (2,15)	3,04 (2,54)

La Figura 1 mostra el nombre d'experiències adverses pel total de la mostra. S'observa que la gran majoria de participants indiquen haver patit una única experiència adversa ( $n = 170$ ), seguida de dues ( $n = 143$ ) i tres ( $n = 134$ ).

**Figura 1. Freqüència d'ACEs pel total de la mostra**

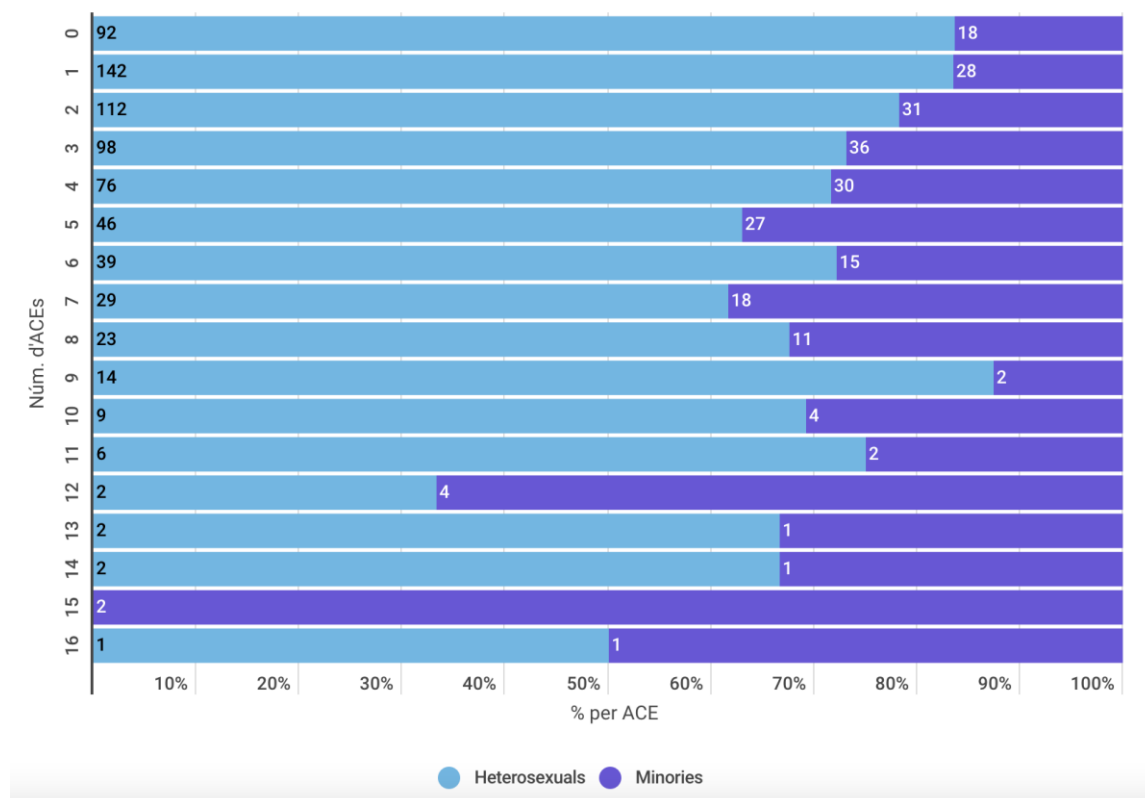


Pel que fa al total d'ACEs en funció de l'orientació sexual, la mitjana entre ambdós grups és significativament diferent ( $t(922) = -4,555, p < 0.01$ ), trobant que les minories sexuals pateixen més experiències adverses ( $M = 4,15; DT = 3,12$ ) en comparació als heterosexuais ( $M = 3,16; DT = 2,75$ ).

La diferència de les mitjanes pel que fa als ACEs relacionats amb l'entorn familiar i comunitari no és estadísticament significativa, però en canvi sí ho és la dels ACEs relacionats amb la victimització ( $t(922) = -4,626, p < 0.01$ ), on podem observar que aquells pertanyents a les minories sexuals pateixen un nombre superior de victimitzacions ( $M = 3,04; DT = 2,54$ ) en comparació amb els heterosexuais ( $M = 2,25; DT = 2,15$ ).

A la Figura 2 es pot observar la distribució de la freqüència d'experiències adverses en minories sexuals. El més freqüent és haver viscut 3 experiències adverses, fet reportat per 36 participants (15,6%), seguit d'haver-ne experimentat 2 ( $n = 31, 13,4\%$ ) o 4 ( $n = 30, 13,0\%$ ). Un participant (0,4%) va reportar haver-ne patit 16, un altre 14 i un altre 13.

**Figura 2. Freqüència d'ACEs i representativitat per heterosexuals i minories sexuals**



Els participants s'han classificat segons si havien patit entre 0 i 3 experiències adverses (ACE baix) i més de 4 (ACE alt), seguint treballs previs. A la Taula 9 es mostren les característiques sociodemogràfiques del subjectes pertanyents a minories sexuals a cadascuna d'aquestes categories. Com es pot observar, a ambdós grups, la majoria són dones espanyoles i que no s'identifiquen amb cap sistema de creences o religió. La distribució dels participants segons el seu nivell socioeconòmic divergeix en tant que al grup d'ACE alt hi ha més subjectes que pertanyen a un nivell socioeconòmic baix o mig-baix (50,8%), seguits pels que reporten ser d'un nivell mitjà (36,4%) i per últim els qui provenen d'un nivell alt (12,7%). D'altra banda, al grup d'ACE baix la majoria declara pertànyer a un nivell socioeconòmic mig (50,4%), seguit pels de nivell baix (39,8%) i per últim els que pertanyen al nivell alt (9,7%).

**Taula 9. Característiques dels participants pertanyents a minories sexuals segons la quantitat d'ACEs viscuda**

	<b>ACE baix (n = 113)</b>	<b>ACE alt (n = 118)</b>
<b>Sexe</b>		
Home	18 (15,9)	27 (22,9)
Dona	95 (84,1)	91 (77,1)
<b>Lloc d'origen</b>		
Espanya	103 (91,2)	107 (90,1)
Europa (excloent Espanya)	2 (1,8)	3 (2,5)
Àsia	2 (1,8)	3 (2,5)
Àfrica	1 (0,9)	0 (0)
Llatinoamèrica	5 (4,4)	5 (4,2)
<b>Nivell Socioeconòmic</b>		
Alt o mitjà alt	11 (9,7)	15 (12,7)
Mitjà	57 (50,4)	43 (36,4)
Baix o mitjà baix	45 (39,8)	60 (50,8)
<b>Religió</b>		
No	102 (90,3)	110 (93,2)
Sí	11 (9,7)	8 (6,8)

*Nota.* No s'han trobat diferències significatives en cap de les variables mitjançant el test del Chi quadrat.

La mitjana d'edat pel grup d'ACE baix va ser de 18,9 ( $DT = 0,13$ ) amb un rang d'entre 18 i 25. Pel grup d'ACE alt la mitjana va ser de 20,2 ( $DT = 0,36$ , Mín. = 18, Màx.= 43), sent aquesta diferència significativa ( $t(145.11) = 3.30$ ,  $p <.001$ ).



### 6.3. Efecte de les experiències adverses en els problemes de salut física i psicosocial en minories sexuals

A la Taula 10 es pot observar la comparació de l'estil de vida i la salut dels pertanyents a minories sexuals que van ser classificats dins de la categoria ACE baix o alt, amb el seu corresponent interval de confiança. Com es pot veure, els participants que es troben dins del grup ACE alt tenen significativament major probabilitat de consumir medicaments sense recepta mèdica com a mínim en una ocasió (OR = 3,77[1,75-8,83]), de fer servir internet, el telèfon mòbil o qualsevol altra TIC per enviar o penjar material íntim o sexual propi o buscar contacte sexual en línia amb desconeguts (OR = 3,77[2,15-6,76]) i tenir pensaments (OR = 2,61[1,52-4,52]) o conductes suïcides (OR = 2,55[1,45-4,55]). Respecte a les malalties de transmissió sexual, trobem un 5,1% del grup d'ACE alt en comparació al 0% del grup d'ACE baix, tot i que la mesura de comparació no s'ha pogut calcular per no arribar al mínim de recomptes necessaris per cada casella.

**Taula 10. Odd-ratios per variable d'anàlisi segons el nivell d'exposició a experiències adverses**

	ACE baix (n = 113)	ACE alt (n = 118)	OR(95% CI)
<b>Estil de vida</b>			
Fumador/a			
No	94(83,2)	98(83,1)	1,01(0,51-2,02)
Sí	19(16,8)	20(16,9)	
Alcohol			
No	74(65,5)	72(61,0)	1,21(0,71-2,08)
Sí	39(34,5)	46(39,0)	
Cannabis			
No	68(60,2)	56(47,5)	1,67(0,99-2,83)
Sí	45(39,8)	62(52,5)	
Medicaments			
No	104(92,0)	89(75,4)	3,77(1,75-8,83)**
Sí	9(8,0)	29(24,6)	

Altres drogues <sup>a</sup>			
No	108(95,6)	102(86,4)	3,39(1,27-10,66)
Sí	5(4,4)	16(13,6)	
Embaràs no desitjat			
No	113(100)	117(99,2)	NA
Sí	0(0)	1(0,8)	
Sexting			
No	88(77,9)	57(48,3)	3,77(2,15-6,76) <sup>***</sup>
Sí	25(22,1)	61(51,2)	
<b>Salut</b>			
Càncer			
No	112(99,1)	118(100)	NA
Sí	1(0,9)	0(0)	
Malaltia de transmissió sexual			
No	113(100)	112(94,9)	NA
Sí	0(0)	6(5,1)	
Diabetis			
No	113(100)	118(100)	NA
Sí	0(0)	0(0)	
Hipertensió			
No	111(98,2)	116(98,3)	0,95(0,11-8,08)
Sí	2(1,8)	2(1,7)	
Angina de pit			
No	112(99,1)	118(100)	NA
Sí	1(0,9)	0(0)	
Infart			
No	113(100)	118(100)	NA
Sí	0(0)	0(0)	
Ictus			
No	113(100)	118(100)	NA
Sí	0(0)	0(0)	
Afecció respiratòria			
No	105(92,9)	107(90,7)	1,35(0,53-3,61)
Sí	8(7,1)	11(9,3)	
Hepàtica			
No	113(100)	117(99,2)	NA
Sí	0(0)	1(0,8)	

Digestiva			
No	108(95,6)	108(91,5)	2,00(0,69-6,60)
Sí	5(4,4)	10(8,5)	
Trastorn mental			
No	94(83,2)	96(81,4)	1,13(0,58-2,25)
Sí	19(16,8)	22(18,6)	
Ideació suïcida			
No	58(51,3)	34(28,8)	2,61(1,52-4,52)***
Sí	55(48,7)	84(71,2)	
Conducta suïcida			
No	87(77,0)	67(56,8)	2,55(1,45-4,55)**
Sí	26(23,0)	51(43,2)	

Nota. La significació estadística està assenyalada amb asteriscs: \* $p < ,05$ , \*\* $p < ,01$  \*\*\* $p < ,001$

<sup>a</sup> En aquesta categoria s'han inclòs els subjectes que havien consumit cocaïna o heroïna o drogues de disseny (p. ex., LSD) o altres drogues il·legals.

NA = En categories on no es compleix un mínim de casos no s'han pogut calcular les OR.

### **6.3.1. Relació entre experiències adverses i problemes de salut o conductes de risc sanitari**

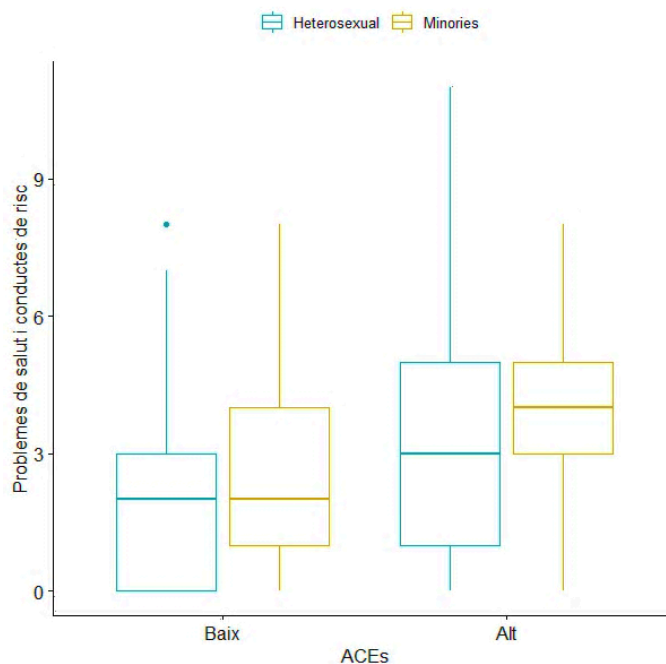
La correlació entre la suma d'experiències adverses viscudes i els problemes de salut o conductes de risc sanitari entre els subjectes pertanyents a minories sexuals va ser de  $r = 0,28$  ( $p < ,001$ , 95% CI = 0,16 - 0,40), és a dir, a major quantitat d'experiències adverses, més conductes de risc i problemes de salut, però amb un efecte lleuger. El valor de la mateixa correlació per la totalitat de la mostra s'eleva fins a  $r = 0,42$  ( $p < ,001$ , 95% CI = 0,36 - 0,47). Aquest coeficient entre els heterosexuals va ser de 0,44 ( $p < ,001$ , 95% CI = 0,38 - 0,50). Tant a la totalitat de la mostra com entre els heterosexuals es troba que a major quantitat d'experiències adverses, més comportaments de risc sanitari, i més problemes de salut, amb un efecte moderat.

### **6.3.2. Interacció entre haver patit 4 ACEs o més i pertànyer a una minoria sexual**

A la Figura 3 es pot observar la comparació de mitjanes de problemes de salut i conductes de risc sanitari entre els participants que han estat exposats a 4 o més ACE (ACE alt), segons la seva orientació sexual. Com es pot apreciar, la mitjana de problemes de salut i conductes de risc sanitari entre aquells que han estat classificats

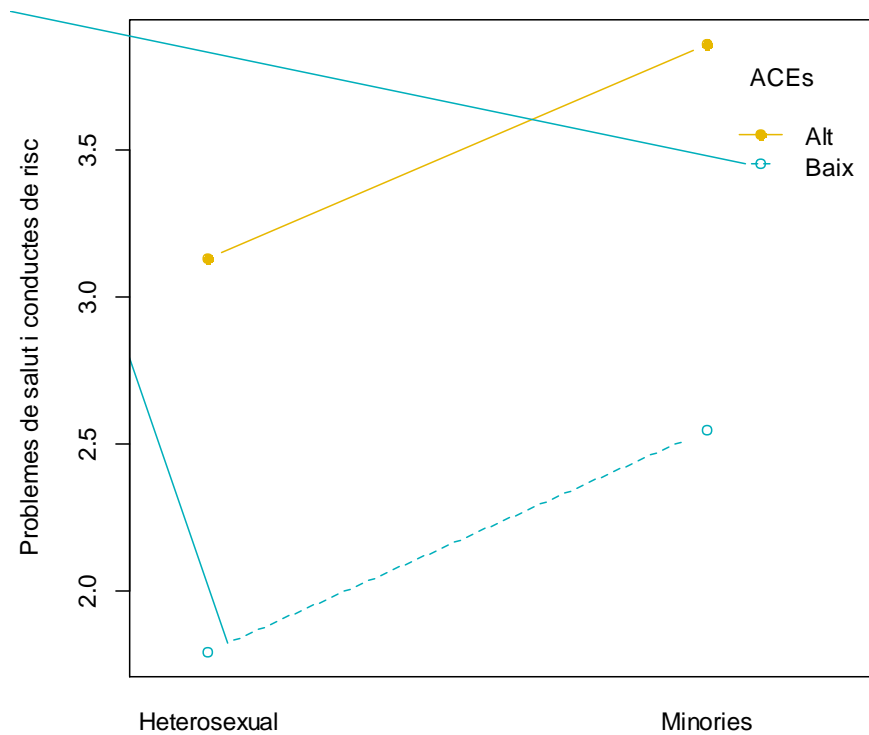
com “ACE baix” és semblant entre els participants heterossexuals i els que pertanyen a minories sexuals. D'altra banda, pels subjectes que presenten 4 o més experiències adverses, la mitjana de problemes de salut i conductes de risc sanitari és més elevada entre els que pertanyen a minories sexuals.

**Figura 3. Diagrama de caixes per problemes de salut i conductes de risc segons la pertinença a minories sexuals i exposició a experiències adverses**



Segons l'ANOVA, l'efecte principal de pertànyer a la categoria d'ACE alt en comparació amb haver viscut 3 ACEs o menys és significatiu per explicar la quantitat de problemes de salut i conductes de risc sanitari desenvolupades ( $F(1) = 131,157, p <,001$ ). El mateix s'ha trobat respecte a l'efecte de pertànyer a una minoria sexual ( $F(1) = 27,703, p <,001$ ), però no ha reportat efectes significatius la interacció entre aquestes dues categories ( $F(1) = 0,009, p =,93$ ). Aquest resultat es mostren a la Figura 4. És a dir, tant pertànyer a una minoria sexual com pertànyer al grup amb major quantitat d'ACEs tenen un efecte significatiu sobre el problemes de salut. Però aquests efectes no es potencien o retroalimenten, sinó que actuen de manera independent. Com es pot veure a la Figura 4, el grup d'ACE alt sempre presenta més problemes de salut que el d'ACE baix i, per la seva banda, les minories sexuals també presenten més problemes de salut que els heterossexuals, independentment de la quantitat d'ACEs que hagin viscut.

**Figura 4. Gràfic d'interacció entre pertànyer a una minoria sexual i haver patit 4 ACEs o més**



## 7. Discussió

El present estudi ha permès aportar, per primera vegada en el nostre país, dades sobre la prevalença d'experiències adverses i de victimització en una població d'adults joves pertanyents a minories sexuals, seguint la perspectiva de la victimologia del desenvolupament (Finkelhor, 2007) i tenint en compte la possible acumulació d'experiències adverses al llarg de la història de desenvolupament de l'individu (Felitti et al., 1998). Així, s'han comprovat els efectes de l'acumulació d'aquestes experiències en el nivell de simptomatologia reportada.

En relació a la **primera hipòtesi de l'estudi**, la prevalença d'experiències adverses en joves pertanyents a minories sexuals és superior a la trobada en joves heterosexuales, tal i com han mostrat estudis de metanàlisi (Katz-Wise i Hyde, 2012). Així, un 92,2% dels participants enquestats reporten haver patit, almenys, una experiència adversa al llarg de la seva vida, en comparació amb el 86,7% dels heterosexuales.

Respecte a la prevalença de victimització en persones LGB, en comparació amb persones heterosexuales, aquesta segueix la línia d'altres estudis duts a terme amb el mateix instrument als EUA. Així, la prevalença d'exposició a violència intrafamiliar, física i emocional (31,5%), d'abús emocional (22,9%), i d'abús físic, amb i sense objectes (39%) és similar a Andersen i Blosnich (2013) o Austin et al. (2016), si bé les experiències d'abús sexual són més altes en el grup de minories sexuals avaluat i afecten a gairebé un terç de la mostra (31,2%). Aquesta prevalença també és lleugerament més alta que la trobada en estudis de metanàlisi centrats en minories sexuals –28,4%– (Xu i Zheng, 2015) i il·lustra un problema que no és superior a Espanya respecte a d'altres països (Pereda et al., 2009). No obstant, aquest elevat resultat sí es troba d'acord amb la composició particular de la mostra de minories sexuals analitzada, principalment dones bisexuals. Estudis que han avaluat específicament les diferències intragrups dins les minories han mostrat que aquest és el col·lectiu amb major victimització sexual, de la mateixa manera que en el present estudi (Friedman et al., 2011; Xu i Zheng, 2015).

S'observa també que la violència física o emocional per part dels iguals i les agressions motivades pel prejudici, la hostilitat o l'odi són dues categories on els participants de minories sexuals presenten una alta prevalença, respecte als participants heterosexuels. Així, estudis anteriors han demostrat que els actes de victimització per iguals, generalment en l'àmbit escolar, es repeteixen també en victimitzacions en l'edat adulta, a l'àmbit laboral, constituint-se aquesta forma de victimització en una constant en les persones LGB (Drydakis, 2019).

Pel que fa a la victimització basada en el prejudici, l'hostilitat o l'odi, entre les minories sexuals, el motiu d'agressió més habitual va ser l'orientació sexual, per sobre del grup ètnic, la religió o els problemes físics que poguessin presentar. No obstant això, cap d'aquests incidents motivats per l'orientació sexual va ser reportat pels participants a les autoritats policials, i per tant, tampoc van ser jutjats. Això fa que aquest tipus d'incident, tot i ser freqüents en les persones pertanyents a minories sexuals, segueixin formant part de la xifra negra de la victimització, ja que no són reportats i, per tant, no són coneguts per l'autoritat, quedant relegats a l'àmbit privat i perpetuant-se silenciosament. Aquest és un fet que s'ha detectat de forma sistemàtica en aquesta àrea de recerca (Díaz-Faes i Pereda, 2020).

També s'ha confirmat una major freqüència d'acumulació d'experiències adverses en el grup de minories sexuals, superant les 4 de mitjana, i situant a aquests joves en un alt risc de desajust. Aquesta mitjana és més elevada que la trobada en estudis internacionals amb el mateix instrument en joves d'altres països (Sieben et al., 2019) i cal valorar-la en el context cultural que es produeix. Així, podríem dir que el col·lectiu de joves universitaris pertanyents a minories sexuals de Catalunya reporta més victimitzacions que el mateix col·lectiu a d'altres països del món, la qual cosa pot suposar una major sensibilització cap al problema per part dels joves catalans o una efectiva major prevalença d'experiències adverses en aquests joves, que caldria adreçar.

Respecte a la **segona hipòtesi de l'estudi**, ser una dona, bisexual, d'origen espanyol, no professar cap religió i pertànyer a un nivell socioeconòmic mig o baix són les característiques d'aquelles persones que reporten una major prevalença d'experiències adverses. Tot i que són dades que ens ajuden a l'hora de perfilar

programes de prevenció, i per tant valuoses a nivell descriptiu, no són significatives a nivell estadístic. Val a dir, que el col·lectiu universitari pot presentar menys diversitat a nivell sociodemogràfic que la població general de joves, i per tant, en el futur caldria explorar aquestes variables amb altres mostres representatives de joves LGB per poder tenir més informació en relació a quines característiques de l'individu i el seu entorn posen en major risc de patir experiències adverses a certes persones pertanyents a minories sexuals.

Respecte a la **tercera hipòtesi de l'estudi**, es compleix que a major quantitat d'experiències adverses, més comportaments de risc sanitari i més problemes de salut, amb un efecte moderat en el cas dels heterosexuals i lleuger en el grup de minories sexuals. En relació amb aquesta, la **quarta hipòtesi de l'estudi** indica que el grup de joves pertanyents a una minoria sexual amb 4 o més experiències adverses presenta més problemes psicosocials, que el grup que ha patit entre 0 i 3 ACEs (Blosnich i Andersen, 2015). Així, presenten una major probabilitat de consumir medicaments sense recepta mèdica, de fer servir internet, el telèfon mòbil o qualsevol altra TIC per enviar o penjar material íntim o sexual propi o buscar contacte sexual en línia amb desconeguts i de tenir pensaments o conductes suïcides.

Finalment, en relació amb la **cinquena hipòtesi de l'estudi**, tant pertànyer a una minoria sexual com pertànyer al grup amb major quantitat d'ACEs tenen un efecte significatiu sobre el problemes de salut. Però aquests efectes no es potencien o retroalimenten, sinó que actuen de manera independent, la qual cosa no permet confirmar la darrera hipòtesi.

En aquest sentit, val a dir que la victimització per part dels iguals, una de les experiències adverses més freqüent en el col·lectiu de minories sexuals analitzada en aquest estudi, ha demostrat presentar una relació significativa amb els pensaments i les conductes suïcides (Kim i Leventhal, 2008). També s'ha observat aquesta relació entre la victimització per iguals i el consum de substàncies nocives en els joves pertanyents a minories sexuals (Reisner et al., 2015). Tanmateix, els estudis sobre experiències de victimització sexual en la infància i l'adolescència, una altra experiència adversa altament freqüent en el col·lectiu analitzat en el present estudi, també han constatat aquesta relació amb el suïcidi (Devries et al., 2014; Ng et al.,



2018), així com amb els problemes d'abús de substàncies (Fletcher, 2020). Ara bé, els joves LGB presenten, en general, un major ús d'aquestes substàncies, que s'ha vinculat al propi estrès de pertànyer a una minoria, que també cal tenir en compte (Goldbach et al., 2014).

Alhora, estudis previs han trobat que els joves de minories sexuals solen ser més curiosos sexualment online (Dehaan et al., 2013), i utilitzar les TIC per a explorar i expressar la seva sexualitat (Hillier et al., 2012), així com presentar una major prevalença en conductes de risc, com mantenir converses sexuals amb desconeguts i compartir fotografies sexuals (Ybarra i Mitchell, 2016). Un estudi recent centrat en les experiències de *sexting* de joves LGB constata que el risc és molt més alt en aquest col·lectiu, advocant per programes educatius sobre *sexting* com a mesura de prevenció (Van Ouytsel et al., 2021).

En síntesi, són molts els joves pertanyents a minories sexuals que viuen un elevat nombre d'experiències adverses al llarg del seu desenvolupament en el nostre país, incloent experiències de victimització interpersonal, que s'acumulen i comporten problemes psicosocials i de salut mental. Estudis internacionals mostren que una reducció d'un 10% d'aquestes experiències adverses en la població, suposaria un estalvi enorme en els costos públics que aquests problemes de salut generen (Bellis et al., 2019). La prevenció és, per tant, una assignatura pendent que cal adreçar per a tota la població però, especialment, i com els resultats indiquen, per aquells joves que s'identifiquen amb una minoria sexual i que, com s'ha demostrat, presenten significativament major prevalença d'experiències adverses.

Finalment, cal destacar que el respecte i la defensa dels drets del col·lectiu analitzat es troben en constant actualització i debat. Segons dades de la darrera enquesta realitzada per la Comissió Europea, hi ha una marcada diferència entre els països en aquest sentit, ocupant Espanya el tercer lloc amb un 91% dels ciutadans que advoca per la igualtat de drets (Eurobarometer, 2019). En aquest context, comptar amb dades actuals sobre les experiències de violència que han patit els joves pertanyents a minories sexuals aporta informació rellevant per atendre efectivament les seves necessitats.

## 8. Conclusions

El present estudi ha tingut com a objectiu incrementar el coneixement científic sobre les experiències adverses que han d'afrontar els joves pertanyents a minores sexuals al llarg de la seva vida, amb la intenció de fer-les visibles i sensibilitzar a la població per a avançar en la reducció i eliminació de les desigualtats i la discriminació que sovint experimenten, juntament amb les experiències de violència, que es poden combinar i augmentar els seus efectes adversos en la salut.

- En relació a les primeres dues hipòtesis, es constata que els joves pertanyents a minories sexuals enquestats presenten una prevalença més alta d'experiències adverses al llarg de la seva vida, vinculades tant a l'entorn familiar i comunitari com a formes múltiples de victimització interpersonal, que els joves heterosexuales.
- Alhora, des de la perspectiva de la polivictimització, els joves pertanyents a minories sexuals reporten una major freqüència d'acumulació d'experiències adverses, vinculades tant a l'entorn familiar i comunitari com a formes múltiples de victimització, que els situen en un alt risc de desajust.
- En relació a la tercera i quarta hipòtesi, aquells joves LGB que reporten experiències adverses i, especialment una acumulació d'aquestes, també presenten una major prevalença de problemes de salut i conductes de risc sanitari, confirmant-se, un cop més, aquesta relació. Així, indiquen consumir medicaments sense recepta mèdica; fer servir internet, el telèfon mòbil o qualsevol altra TIC per enviar o penjar material íntim o sexual propi o buscar contacte sexual en línia amb desconeguts; i tenir pensaments o conductes suïcides.

És necessari, per tant, abordar les implicacions de les dificultats de salut d'aquesta població, així com les experiències de victimització, i com aquesta problemàtica està associada amb l'estigma multinivell –individual, interpersonal i estructural– cap aquest

col·lectiu i els seus mecanismes i estressors com a determinants de la salut (Hatzenbuehler i Pachankis, 2016). Per tant, es reafirma la importància de desenvolupar una comprensió integral dels processos psicosocials que representen aquests factors de vulnerabilitat, si es vol atendre les necessitats d'aquest col·lectiu.

## 9. Propostes

En primer lloc, és important crear i potenciar factors de protecció envers les experiències adverses reportades pels joves de minories sexuals, com un **clima favorable en les institucions educatives** ja que, sovint, les persones LGB experimenten relacions socials diferencials i discriminatòries als entorns educatius, que van des de formes més subtils a altres més explícites i violentes com les reportades. Aquests joves solen estar més exposats a l'estigma (Madireddy i Madireddy, 2020) i a climes escolars hostils, major absentisme i un pitjor rendiment acadèmic associat a les seves experiències (Szymanski i Bissonette, 2020). Per pal·liar i contribuir a revertir aquesta situació és possible dur a terme intervencions que s'han mostrat eficaces segons l'evidència prèvia: **clubs de suport** per a estudiants pertanyents a minories sexual o **grups d'aliança** entre heterosexuals i minories, **polítiques d'inclusió** en matèria d'orientació sexual i d'identitat de gènere, i **currículums escolars inclusius** que abordin i treballin l'orientació sexual i la identitat de gènere (Burk et al., 2018; Hatzenbuehler i Keyes, 2013). Tot això s'ha de fer amb un compromís i una implicació real i sostinguda en el temps per part dels membres del centre educatiu, donat que és un aspecte fonamental per a garantir la seva efectivitat (Hall, 2017).

A escala aplicada aquest clima favorable pot fructificar mitjançant mecanismes com la seguretat i el vincle d'aquests alumnes amb l'escola, estructura disciplinària definida, xarxa de suport entre els professors i els estudiants, col·laborar amb les famílies, i elevades expectatives acadèmiques (Voigth et al., 2015).

De la mateixa manera, també és necessari que els joves pertanyents a minories sexuals puguin comptar no només amb el **suport de companys de confiança**, sinó també amb el **suport d'adults de confiança**, que ha demostrat tenir un efecte positiu (Colvin et al., 2019), i els quals, a més, sovint també estant vinculats al context educatiu. Aquest suport està associat amb un major compromís i un menor ús de substàncies entre les minories sexuals i, fins i tot, pot contribuir a potenciar el seu benestar.

Finalment, pel que fa a la victimització motivada pel prejudici, la discriminació o l'odi, les **polítiques institucionals i els estatuts** sobre aquest fenomen reconeixen les problemàtiques existents cap aquests col·lectius a les institucions educatives i als campus universitaris, els quals poden contribuir de forma important a que aquests espais siguin més solidaris i segurs, i a reduir la incidència d'experiències de victimització (Stotzer, 2010).

## 10. Punts forts i limitacions de l'estudi

El principal punt fort d'aquest projecte és la utilització d'un protocol d'avaluació que inclou múltiples experiències adverses i de victimització al llarg del cicle vital, afavorint l'anàlisi comprensiu de l'impacte d'aquestes experiències en la salut física i psicosocial de l'individu. Es tracta del primer estudi al nostre país que ha empleat l'instrument ACE, en la seva versió aprovada per l'OMS, el qual no només permet avaluar de forma retrospectiva les experiències adverses i les formes de victimització interpersonal i les possibles conseqüències en la salut derivades d'aquestes experiències, sinó que també permet la comparació dels resultats amb un gran nombre de països que ja han aplicat aquest instrument. Així, l'adaptació de l'ACE al context sociocultural nacional per a la seva aplicació, per primera vegada, en població espanyola, converteix aquest treball en pioner en el nostre país. Alhora, l'adaptació de l'instrument inclou la incorporació d'ítems per avaluar altres formes de victimització que ens permetran identificar i analitzar els casos d'acumulació d'experiències adverses i el seu efecte en la salut física i psicosocial de l'individu. La novetat recau, en incorporar noves variables de victimització que no són contemplades en estudis previs amb l'ACE.

Respecte a les limitacions, l'estudi és transversal, la qual cosa ens impossibilita establir relacions causals en les associacions trobades entre les experiències adverses i de victimització i els símptomes de desajust observats en el col·lectiu analitzat. Alhora, la mostra està configurada per estudiants d'una única universitat, que no tenen perquè representar a d'altres joves adults. Així, la generalització dels resultats es troba altament limitada. Una tercera limitació és el caràcter retrospectiu i l'autoreport de les experiències adverses i de victimització, que pot comportar biaixos en el record dels participants. Estudis previs han alertat que aquest tipus de mesures comporten, amb una alta probabilitat, una infraestimació de les experiències adverses, enlloc d'una sobreestimació de les mateixes (Hardt i Rutter, 2004). Alhora, els estudis de *test-retest* amb l'ACE indiquen una bona estabilitat temporal de les respostes (Dube et al., 2004). Val a dir, però, que estudis previs alerten que les persones LGB poden estar més sensibilitzades davant la revelació d'experiències de violència, la qual cosa també pot estar esbiaixant els resultats i mostrant un perfil més victimitzat en aquest col·lectiu (Austin et al., 2016). Finalment, la grandària mostral no ens ha permès

estratificar les dades per gènere o orientació sexual específica LGB, tot i que s'ha demostrat que són variables importants a tenir en compte (Andersen i Blosnich, 2013).

## 11. Referències bibliogràfiques

- Andersen, J. P., & Blosnich, J. (2013). Disparities in adverse childhood experiences among sexual minority and heterosexual adults: Results from a multi-state probability-based sample. *PloS one*, *8*(1), e54691.
- Austin, A., Herrick, H., & Proescholdbell, S. (2016). Adverse childhood experiences related to poor adult health among lesbian, gay, and bisexual individuals. *American Journal of Public Health*, *106*(2), 314–320.
- Baban, A., Cosma, A., Balazsi, R., Sethi, D., & Osavsokzky, V. (2013). *Survey of adverse childhood experiences among Romanian university students*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107317/1/e96846.pdf>
- Balsam, K. F., Rothblum, E. D., & Beauchaine, T. P. (2005). Victimization over the life span: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 477–487.
- Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., & Harrison, D. (2014). Adverse childhood experiences: Retrospective study to determine their impact on adult health behaviors and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, *36*(1), 81–91.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *4*(10), e517–e528.
- Birkett, M., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2015). Does it get better? A longitudinal analysis of psychological distress and victimization in lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Journal of Adolescent Health*, *56*(3), 280–285.



- Blosnich, J. R., & Andersen, J. P. (2015). Thursday's child: The role of adverse childhood experiences in explaining mental health disparities among lesbian, gay, and bisexual US adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(2), 335–338.
- Bouris, A., Everett, B. G., Heath, R. D., Elsaesser, C. E., & Neilands, T. B. (2016). Effects of victimization and violence on suicidal ideation and behaviors among sexual minority and heterosexual adolescents. *LGBT Health*, *3*(2), 153–161.
- Bridge, L., Smith, P., & Rimes, K. A. (2019). Sexual orientation differences in the self-esteem of men and women: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *6*(4), 433–446.
- Burk, J., Park, M., & Saewyc, E. M. (2018). A media-based school intervention to reduce sexual orientation prejudice and its relationship to discrimination, bullying, and the mental health of lesbian, gay, and bisexual adolescents in Western Canada: A population-based evaluation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(11), 2447.
- Burton, C. M., Marshal, M. P., Chisolm, D. J., Sucato, G. S., & Friedman, M. S. (2013). Sexual minority–related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: A longitudinal analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, *42*(3), 394–402.
- Caceres, B. A., Brody, A., Luscombe, R. E., Primiano, J. E., Marusca, P., Sitts, E. M., & Chyun, D. (2017). A systematic review of cardiovascular disease in sexual minorities. *American Journal of Public Health*, *107*(4), e13–e21.
- Chakraborti, N., & Garland, J. (2012). Reconceptualizing hate crime victimization through the lens of vulnerability and 'difference'. *Theoretical Criminology*, *16*(4), 499–514.
- Clements-Nolle, K., Lensch, T., Baxa, A., Gay, C., Larson, S., & Yang, W. (2018). Sexual identity, adverse childhood experiences, and suicidal behaviors. *Journal of Adolescent Health*, *62*(2), 198–204.

- Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, COPC. (2015). *Codi deontològic*. Barcelona, Spain: Author.
- Collier, K. L., van Beusekom, G., Bos, H. M. W., & Sandfort, T. G. M. (2013). Sexual orientation and gender identity/expression related peer victimization in adolescence: A systematic review of associated psychosocial and health outcomes. *The Journal of Sex Research, 50*(3-4), 299–317.
- Colvin, S., Egan, J. E., & Coulter, R. W. (2019). School climate & sexual and gender minority adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence, 48*(10), 1938–1951.
- Corliss, H. L., Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2002). Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse & Neglect, 26*(11), 1165–1178.
- Dehaan, S., Kuper, L. E., Magee, J. C., Bigelow, L., & Mustanski, B. S. (2013). The interplay between online and offline explorations of identity, relationships, and sex: A mixed-methods study with LGBT youth. *The Journal of Sex Research, 50*, 421–434.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis. *Pediatrics, 133*(5), e1331–e1344.
- Díaz-Faes, D. A., & Pereda, N. (2020). Is there such a thing as a hate crime paradigm? An integrative review of bias-motivated violent victimization and offending, its effects and underlying mechanism. *Trauma, Violence & Abuse*.
- Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P., & Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation, 110*(13), 1761–1766.
- Drydakis, N. (2019). School-age bullying, workplace bullying and job satisfaction: Experiences of LGB people in Britain. *The Manchester School, 87*(4), 455–488.

- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of Adverse Childhood Experiences among Adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect, 28*(7), 729–737.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences study. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1453–1460.
- Edwards, K. M., Sylaska, K. M., & Neal, A. M. (2015). Intimate partner violence among sexual minority populations: A critical review of the literature and agenda for future research. *Psychology of Violence, 5*(2), 112–121.
- English, D., Rendina, H. J., & Parsons, J. T. (2018). The effects of intersecting stigma: A longitudinal examination of minority stress, mental health, and substance use among Black, Latino, and multiracial gay and bisexual men. *Psychology of Violence, 8*(6), 669–679.
- Eurobarometer (2019). *Discrimination in the European Union in 2019. Special Eurobarometer, 493*. European Commission.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. *Psychological Medicine, 35*(7), 971–982.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology. The comprehensive study of childhood victimizations. In Davis, R. C., Lurigio, A.J., & Herman, S. (Eds.), *Victims of crime* (3rd ed.) (pp. 9–34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. & Hamby, S. L. (2005). Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 29(11), 1297–1312.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, D. (2012). Improving the Adverse Childhood Experiences Study Scale. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 167(1), 70–75.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13–21.
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43, 673–694.
- Fletcher, K. (2020). A systematic review of the relationship between child sexual abuse and substance use issues. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1–20.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E., Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, 101, 1481–1494.
- Garland, J. (2012). Difficulties in defining hate crime victimization. *International Review of Victimology*, 18, 25–37.
- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention Science*, 15(3), 350–363.
- Hall, W. (2017). The effectiveness of policy interventions for school bullying: A systematic review. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 8(1), 45–69.
- Hancock A. M. (2019) Empirical intersectionality: A tale of two approaches. In: Hankivsky O., Jordan-Zachery J. (Eds), *The Palgrave Handbook of*

*Intersectionality in Public Policy* (pp. 95–132). Palgrave Macmillan.

- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(2), 260–273.
- Hatzenbuehler, M. L., & Keyes, K. M. (2013). Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. *Journal of Adolescent Health, 53*(1), S21–S26.
- Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: research evidence and clinical implications. *Pediatric Clinics, 63*(6), 985–997.
- Heck, N. C., Lindquist, L. M., Macheck, G. R., & Cochran, B. N. (2014). School belonging, school victimization, and the mental health of LGBT young adults: Implications for school psychologists. *School Psychology Forum, 8*(1), 28–37.
- Herek, G. M., Chopp, R., & Strohl, D. (2007). Sexual stigma: Putting sexual minority health issues in context. A *The health of sexual minorities* (pp. 171–208). Boston, MA: Springer.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (1999). Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 945–951.
- Hillier, L., Mitchell, K. J., & Ybarra, M. L. (2012). The Internet as a safety net: Findings from a series of online focus groups with LGB and non-LGB young people in the U.S. *Journal of LGBT Youth, 9*, 225–246.
- Ho, D., Imai, K., King, G. & Stuart, E. (2011). MatchIt: Nonparametric Preprocessing for Parametric Causal Inference. *Journal of Statistical Software, 42*(8), 1–28.
- Hughes, T., McCabe, S. E., Wilsnack, S. C., West, B. T., & Boyd, C. J. (2010). Victimization and substance use disorders in a national sample of heterosexual and sexual minority women and men. *Addiction, 105*(12), 2130–2140.

- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366.
- Kaestle, C. E., & Ivory, A. H. (2012). A forgotten sexuality: Content analysis of bisexuality in the medical literature over two decades. *Journal of Bisexuality*, 12(1), 35–48.
- Katz-Wise, S. L., & Hyde, J. S. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 49, 142–167.
- Kim, Y. S., & Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide. A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 133–154.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay, and bisexual people. *BCM Psychiatry*, 8, 70.
- Kubany, E. S., & Haynes, S. N. (2001). *Traumatic Life Events Questionnaire. Manual. Second draft*. Western Psychological Services.
- Jacobs, J. B., & Potter, K. A. (1998). *Hate crimes: Criminal law & identity politics*. New York (NY): Oxford University Press.
- Jenness, V. (2001). The hate crime canon and beyond: A critical assessment. *Law and Critique*, 12(3), 279-308.
- Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8(5), 521–548.
- Longares, L., Escartín, J., Barrientos, J., & Rodríguez-Carballeira, A. (2017). Psychological abuse in Spanish same-sex couples: Prevalence and relationship between victims and perpetrators. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 31(2), 125–141.

- López Ortega, A. I. (2017). Análisis y evolución de los delitos de odio en España (2011-2015). *Antropología Experimental*, 17(2), 19–37.
- Lucassen, M. F., Stasiak, K., Samra, R., Frampton, C. M., & Merry, S. N. (2017). Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(8), 774–787.
- Madireddy, S., & Madireddy, S. (2020). Strategies for schools to prevent psychosocial stress, stigma, and suicidality risks among LGBTQ+ students. *American Journal of Educational Research*, 8(9), 659–667.
- Mason, G. (2007). Hate crime as a moral category: Lessons from the Snowtown case. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 40(3), 249-271.
- Mason, G. (2014). The symbolic purpose of hate crime law: Ideal victims and emotion. *Theoretical Criminology*, 18, 75–92.
- McGeough, B. L., & Sterzing, P. R. (2018). A systematic review of family victimization experiences among sexual minority youth. *The Journal of Primary Prevention*, 39(5), 491–528.
- McKay, T., Lindquist, C. H., & Misra, S. (2019). Understanding (and acting on) 20 years of research on violence and LGBTQ+ communities. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(5), 665–678.
- Mereish, E. H., O’Cleirigh, C., & Bradford, J. B. (2014). Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities. *Psychology, Health & Medicine*, 19(1), 1–13.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.

- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). *Minority stress and the health of sexual minorities*. A C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (p. 252–266). Oxford University Press.
- Montiel, I., & Carbonell, E. (2012). *Cuestionario de victimización juvenil mediante internet y/o teléfono móvil*. Patent number 09/2011/1982. Valencia, Spain: Registro Propiedad Intelectual Comunidad Valenciana.
- Mustanski, B., Andrews, R., & Puckett, J. A. (2016). The effects of cumulative victimization on mental health among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents and young adults. *American Journal of Public Health, 106*(3), 527–533.
- Ng, Q. X., Yong, B. Z. J., Ho, C. Y. X., Lim, D. Y., & Yeo, W. S. (2018). Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 99*, 129–141.
- OMS. (2009). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer y, cómo obtener evidencias*. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf)
- OPS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
- Paterson, J. L., Brown, R., & Walters, M. A. (2019). The short and longer term impacts of hate crimes experienced directly, indirectly, and through the media. *Personality and Social Psychology Bulletin, 45*(7), 994–1010.
- Pereda, N., Forns, M., & Abad, J. (2013). Prevalencia de acontecimientos potencialmente traumáticos en universitarios españoles. *Anales de Psicología, 29*(1), 178–186.



- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(4), 328–338.
- Pezzella, F. S., Fetzner, M. D., & Keller, T. (2019). The dark figure of hate crime underreporting. *American Behavioral Scientist*.  
<https://doi.org/10.1177/0002764218823844>
- Pitoňák, M. (2017). Mental health in non-heterosexuals: Minority stress theory and related explanation frameworks review. *Mental Health & Prevention, 5*, 63–73.
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry, 27*(5), 367–385.
- Raleva, M., Peshevska, D. J., & Sethi, D. (2013). Survey of Adverse Childhood Experiences among young people in the former Yugoslav Republic of Macedonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/185570/e96810.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/185570/e96810.pdf)
- Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *The Journal of Sex Research, 52*(3), 243–256.
- Rodríguez, L. M., Rodríguez, Y., Lameiras, M., & Carrera, M. V. (2017). Violencia en parejas gays, lesbianas y bisexuales: una revisión sistemática 2002-2012. *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales, 13*, 49–71.
- Rosenbaum, P. R., & Rubin, D. B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika, 70*, 41–55.
- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research, 55*(4-5), 435–456.

- Rothman, E. F., Exner, D., & Baughman, A. L. (2011) The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse* 12(2), 55–66.
- Salway, T., Ross, L. E., Fehr, C. P., Burley, J., Asadi, S., Hawkins, B., & Tarasoff, L. A. (2019). A systematic review and meta-analysis of disparities in the prevalence of suicide ideation and attempt among bisexual populations. *Archives of Sexual Behavior*, 48(1), 89–111.
- Schneeberger, A. R., Dietl, M. F., Muenzenmaier, K. H., Huber, C. G., & Lang, U. E. (2014). Stressful childhood experiences and health outcomes in sexual minority populations: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1427–1445.
- Sieben, A., Renner, L. M., Lust, K., Vang, W., & Nguyen, R. H. (2019). Adverse childhood experiences among Asian/Pacific Islander sexual minority college students. *Journal of Family Violence*, 1–7.
- Simoni, J. M., Smith, L., Oost, K. M., Lehavot, K., & Fredriksen-Goldsen, K. (2017). Disparities in physical health conditions among lesbian and bisexual women: A systematic review of population-based studies. *Journal of Homosexuality*, 64(1), 32–44.
- Spittlehouse, J. K., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2020). Sexual orientation and mental health over the life course in a birth cohort. *Psychological Medicine*, 50(8), 1348–1355.
- Stoddard, J. P., Dibble, S. L., & Fineman, N. (2009). Sexual and physical abuse: A comparison between lesbians and their heterosexual sisters. *Journal of Homosexuality*, 56(4), 407–420.
- Stotzer, R. L. (2010). Sexual orientation-based hate crimes on campus: The impact of policy on reporting rates. *Sexuality Research and Social Policy*, 7(3), 147–154.
- Szymanski, D. M., & Bissonette, D. (2020). Perceptions of the LGBTQ college campus climate scale: Development and psychometric evaluation. *Journal of*

*Homosexuality*, 67(10), 1412–1428.

The Lancet (2016). Meeting the unique health-care needs of LGBTQ people. *The Lancet*, 387(10014), 95.

Toomey, R. B., & Russell, S. T. (2016). The role of sexual orientation in school-based victimization: A meta-analysis. *Youth & Society*, 48(2), 176–201.

Van Ouytsel, J., Walrave, M., De Marez, L., Vanhaelewyn, B., & Ponnet, K. (2021). Sexting, pressured sexting and image-based sexual abuse among a weighted-sample of heterosexual and LGB-youth. *Computers in Human Behavior*, 117, 106630.

Voight, A., Hanson, T., O'Malley, M., & Adekanye, L. (2015). The racial school climate gap: Within-school disparities in students' experiences of safety, support, and connectedness. *American Journal of Community Psychology*, 56(3), 252–267.

Whitton, S. W., Newcomb, M. E., Messinger, A. M., Byck, G., & Mustanski, B. (2019). A longitudinal study of IPV victimization among sexual minority youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(5), 912–945.

Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785–796.

World Medical Association (WMA). (2008). *Ethical principles for medical research involving human subjects*. (adopted by the 59<sup>th</sup> WMA General Assembly, Seoul, Korea).

Xu, Y., & Zheng, Y. (2015). Prevalence of childhood sexual abuse among lesbian, gay, and bisexual people: a meta-analysis. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(3), 315–331.

Ybarra, M. L., & Mitchell, K. J. (2016). A national study of lesbian, gay, bisexual (LGB), and non-LGB youth sexual behavior online and in-person. *Archives of Sexual Behavior*, 45(6), 1357–1372.