

cejfe

Ámbito de Ejecución Penal

Victimización a lo largo de la vida en jóvenes catalanes pertenecientes a minorías sexuales

Ayuda a la investigación 2020

Autores

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

Año 2022



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

Victimización a lo largo de la vida en jóvenes catalanes pertenecientes a minorías sexuales

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

El Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada ha editado esta investigación respetando el texto original de los autores, responsables de la corrección lingüística.

Las ideas y opiniones expresadas en la investigación son de responsabilidad exclusiva de los autores y no se identifican necesariamente con las del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.

Aviso legal



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es) cuyo texto completo se encuentra disponible en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Así pues, se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública del material, siempre que se cite la autoría del material y el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia), y no se haga un uso comercial ni se transforme para generar una obra derivada.

Índice

1. Introducción	5
1.1. Justificación del estudio	6
2. Objetivos.....	7
3. Marco teórico.....	9
3.1. Experiencias adversas y de victimización durante la infancia y la adolescencia en minorías sexuales	11
3.1. Victimización en la edad adulta en minorías sexuales.....	14
3.3. Problemas físicos y psicosociales en minorías sexuales	15
4. Hipótesis.....	16
5. Metodología.....	17
5.1. Procedimiento	17
5.2. Muestra	19
5.3 Variables de medida	21
5.4. Análisis de datos.....	24
5.5. Aspectos éticos.....	25
6. Resultados.....	27
6.1. Características sociodemográficas de la muestra.....	27
6.2. Experiencias adversas y de victimización	29
6.2.1.Experiencias adversas vividas en el transcurso de la vida para la muestra general	29
6.2.2. Experiencias adversas vividas por las personas pertenecientes a minorías sexuales	32
6.2.3. Agresiones motivadas por el prejuicio, la hostilidad o el odio.....	35
6.2.4. Experiencias adversas en minorías sexuales en función de variables sociodemográficas	36
6.2.5. Acumulación de experiencias.....	37
6.3. Efecto de las experiencias adversas en los problemas de salud física y psicosocial en minorías sexuales.....	40
6.3.1. Relación entre experiencias adversas y problemas de salud o conductas de riesgo sanitario	43
6.3.2. Interacción entre haber sufrido 4 ACEs o más y pertenecer a una minoría sexual.....	43
7. Discusión	46
8. Conclusiones	51
9. Propuestas	53
10. Puntos fuertes y limitaciones del estudio.....	55
11. Referencias bibliográficas.....	57

1. Introducción

Las experiencias de victimización que se derivan de la violencia interpersonal motivada por el prejuicio, la hostilidad o el odio son altamente frecuentes en grupos sociales minoritarios, como las personas que forman parte del colectivo de minorías sexuales.

Rigurosos estudios de revisión (Friedman et al., 2011) han constatado que el número de experiencias de victimización que debe afrontar este colectivo, tanto durante la infancia y la adolescencia, por parte de los iguales y los propios cuidadores, como en la edad adulta, por parte de victimarios diversos, es mucho más elevado que el que afrontan personas heterosexuales. Para muchos individuos con orientación sexual gay, lesbiana o bisexual, hacer frente a la violencia se constituye en una condición vital crónica.

Estas experiencias de victimización generan multitud de problemas psicosociales tanto en la infancia y adolescencia (Collier et al., 2013) como en la edad adulta (Mustanski et al., 2016; Pitoňák, 2017; Plöderl y Tremblay, 2015), relativos a la vinculación y el rendimiento escolar, el abuso de sustancias y otras conductas de riesgo, problemas de tipo internalizante (síntomas postraumáticos, depresión, conductas suicidas) y externalizante (conducta disruptiva, agresividad), así como una baja autoestima y una menor satisfacción vital .

En el contexto español, son escasos los estudios realizados sobre victimización en el colectivo de minorías sexuales y, la mayoría de trabajos publicados sobre victimización en adultos se han centrado en los delitos de odio y en la violencia en las relaciones de pareja (Rodríguez-Otero et al., 2017), pero no se ha llevado a cabo ningún estudio que mantenga una perspectiva centrada en la victimología del desarrollo, para poder valorar la acumulación de experiencias de victimización en el colectivo de minorías sexuales y sus efectos acumulativos en la salud física y psicosocial.

1.1. Justificación del estudio

Basándonos en el llamado *minority stress model* (Meyer, 2003) o modelo del estrés de las minorías, las minorías sexuales afrontan experiencias adversas características y crónicas, como pueden ser la discriminación estructural respecto a la diversidad sexual, los prejuicios sociales existentes y las experiencias de victimización, que afectan a su identidad y su salud mental (Burton et al., 2013).

Así, establecer la prevalencia de experiencias de victimización en la infancia y en la etapa adulta, en adultos jóvenes pertenecientes a minorías sexuales y analizar el efecto de estas en los problemas de salud física y psicosocial es una necesidad imperiosa en nuestro país, puesto que no se ha publicado ningún estudio hasta el momento que analice esta relación. Llevar a cabo un estudio de este tipo permitiría desarrollar relevantes comparaciones interculturales del nivel de violencia en este colectivo y sus consecuencias en nuestro país.

Por otra parte, la identificación de aquellos casos de polivictimización (o acumulación de experiencias de violencia a lo largo de la infancia) y revictimización (o nuevas experiencias de violencia en la edad adulta cuando ya se han experimentado antes de los 18 años) es indispensable, con el fin de conocer la gravedad del impacto que estas múltiples victimizaciones pueden tener en el correcto desarrollo del individuo y permitir elaborar programas de atención a víctimas más específicos y centrados en determinados perfiles de riesgo.

Con este proyecto se aportará un nuevo conocimiento sobre el impacto de la victimización en la presencia de problemas de salud física y psicosocial en minorías sexuales en Cataluña. Además, el proyecto proporcionará información sobre variables sociodemográficas asociadas a las experiencias adversas para contribuir al diseño de programas de prevención más ajustados a las necesidades de las víctimas en función de las características de sus experiencias.

2. Objetivos

La presente investigación se enmarca en la perspectiva teórica de la victimología del desarrollo (Finkelhor, 2007) y el modelo del estrés de las minorías (Meyer, 2003) siendo su **objetivo general** conocer la prevalencia de experiencias adversas vividas en el transcurso de la infancia y la etapa adulta, entre las que se incluyen diversas formas de victimización, en una población de jóvenes adultos catalanes pertenecientes a minorías sexuales, así como establecer su relación con problemas de salud física y psicosocial.

Numerosas investigaciones avalan la relación entre la presencia de experiencias adversas (Edwards et al., 2003) y el posterior desarrollo de enfermedades físicas, así como problemas psicológicos y psicosociales (Dong et al., 2004; Finkelhor et al., 2015; OMS, 2009), que se incrementan cuando aumenta el número de experiencias adversas (Hugues et al., 2017), se da también en el colectivo de minorías sexuales (Austin et al., 2016; Blossnich y Andersen, 2015; Clements-Nolle et al., 2018; Schneeberger et al., 2014), y supone un enorme gasto económico para los diferentes países (Bellis et al., 2019). En consecuencia, se considera necesario identificar los perfiles de riesgo y las experiencias adversas que influyen, de forma más significativa, en la salud del individuo.

Para ello, la presente investigación se plantea los siguientes **objetivos específicos**:

1. Establecer la prevalencia de experiencias adversas en la infancia y en la etapa adulta, en adultos jóvenes pertenecientes a minorías sexuales, en función de variables sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad, socioeconómica, educación).

Con este objetivo se pretende conocer el número y tipos de experiencias adversas vividas durante la infancia y en la etapa adulta, utilizando una muestra de jóvenes catalanes pertenecientes a minorías sexuales. De esta forma, se describirá, de acuerdo a las variables sociodemográficas indicadas, el perfil de aquellos que han vivido alguna de estas experiencias (grupo victimizado) y el de los que no han reportado ninguna experiencia adversa (grupo no victimizado). También nos permitirá identificar y describir el perfil de los participantes que presentan acumulación de

experiencias adversas, contrastando los resultados con los obtenidos en estudios nacionales e internacionales previos.

2. Analizar el efecto de experiencias adversas en los problemas de salud física y psicosocial reportados por los jóvenes adultos pertenecientes a minorías sexuales.

Con este objetivo, se pretende evaluar la posible contribución de las experiencias adversas a lo largo del ciclo vital en los comportamientos de riesgo y problemas de salud física y psicosocial que manifiestan los jóvenes adultos. Se indagará si las consecuencias de las experiencias adversas en este colectivo son distintas que en las víctimas heterosexuales. De esta forma, se identificarán cuál o cuáles de estas experiencias adversas a lo largo del ciclo vital se relacionan con el desarrollo de problemas de salud física y psicosocial.

3. Marco teórico

La violencia interpersonal ha sido considerada uno de los principales problemas de salud pública que deben afrontar las sociedades de todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2002). En este sentido, la violencia se constituye como un evento potencialmente traumático para el individuo y generador, en muchos casos, de un importante malestar que comporta consecuencias adversas graves para la salud y un coste, tanto para sus víctimas como para la sociedad en general (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2009).

Las personas que forman parte del colectivo de minorías sexuales presentan un mayor riesgo de victimización a lo largo de la vida que las personas con una orientación heterosexual, tal y como demuestran diferentes trabajos internacionales (McKay et al., 2019). Sin embargo, estas experiencias suceden en interacción con el contexto de posición social del individuo y su grupo o colectivo que puede tener implicaciones muy relevantes. Tal y como describe el modelo de estrés de las minorías (Meyer; 2003; Meyer y Frost, 2013), los factores de estrés incrustados en la posición social de los individuos pueden contribuir significativamente al malestar y a los problemas de salud. Este efecto se produce mediante la relación entre los valores hegemónicos y minoritarios y el conflicto resultante que experimentan los miembros de las minorías. De modo que las disparidades de salud de las minorías sexuales existen a nivel individual, interpersonal y estructural (Hatzenbuehler y Pachankis, 2016).

Las formas individuales de estigma se refieren a las respuestas cognitivas, afectivas y conductuales (por ejemplo, la homofobia internalizada). Las formas interpersonales de estigma aluden al prejuicio y la discriminación en los procesos de interacción entre los estigmatizados y los no estigmatizados (esto incluye tanto los delitos basados en el prejuicio como formas más sutiles, por ejemplo, la microagresión). Mientras que las formas estructurales de estigma se refieren a las condiciones sociales, políticas, legislativas y culturales que restringen las oportunidades, los recursos y el bienestar de los estigmatizados.

Dentro de las diferentes formas de victimización interpersonal, la motivada por el prejuicio, la hostilidad o el odio es altamente frecuente en grupos sociales minoritarios,

a pesar de la elevada cifra negra o victimización no reportada (Pezzella et al., 2019), y se caracteriza por ser cualitativamente diferente a otros tipos de violencia (Díaz-Faes y Pereda, 2020). Así, la victimización motivada por el prejuicio, la hostilidad o el odio contribuye significativamente al mantenimiento y la proliferación de la discriminación y el estigma hacia las minorías sexuales (Herek et al., 2007), además, va más allá de la víctima directa y tiene un impacto indirecto en los miembros de su comunidad promoviendo la amenaza intergrupala y la culpabilización de las víctimas (Paterson et al., 2019).

Por ello, y con el objetivo de reconocer y combatir la discriminación, la segregación y el odio, desde los años 80 empezó a desarrollarse desde un enfoque sociolegal (Jacobs y Porter, 1998), y también con carácter retrospectivo (Jenness, 2001), el concepto de delito de odio (*hate crime*) o crimen sesgado (*bias crime*). La singularidad de este tipo de legislación se explicita en el carácter simbólico de las leyes contra el odio, puesto que su propósito original es promover una sociedad más tolerante, aumentando la atención y la respuesta a los problemas de las minorías y los grupos estigmatizados, reconociendo su equidad respecto a los grupos mayoritarios o hegemónicos. Por tanto, lo que se persigue con las leyes contra el odio, castigando de manera explícita los prejuicios, el sesgo y la hostilidad grupal como un elemento de conducta criminal, es dotar a la ley de una función simbólica, y no solo para condenar la conducta, sino también el prejuicio inherente (Mason, 2014). De modo que la finalidad ulterior de estas leyes es la justicia social (Mason, 2007).

En el ámbito legal internacional, su definición normativa no está suficientemente estandarizada a nivel interestatal, ya que varía en función de la jurisdicción de referencia. De hecho, todavía persisten problemas relativos a la definición y priorización de los elementos configuradores subyacentes en los delitos de odio (Chakraborti y Garland, 2012; Garland, 2012). Sin embargo, lo que en esencia los distingue de otras 'tipologías delictivas' es que concurren dos elementos indisolubles: la infracción o delito base y una motivación basada parcial o totalmente en un sesgo o en un prejuicio de diferente índole: raza, religión, etnia, identidad de género, orientación sexual, discapacidad o edad (OSCE, 2009). De no concurrir estos dos elementos no existe un delito de odio, sino un delito común. Por tanto, los delitos de

odio describen más bien un tipo de delito y no un delito específico recogido en las leyes penales. A pesar de lo expuesto, desde esta aproximación todavía prevalece la limitación de abordar la convergencia de las múltiples identidades estigmatizadas mediante una perspectiva integral como la interseccional, debido principalmente a la dificultad que implica su operacionalización (Hancock, 2019), lo que debería contribuir a capturar y entender mejor la complejidad de estas experiencias de opresión y discriminación.

3.1. Experiencias adversas y de victimización durante la infancia y la adolescencia en minorías sexuales

Así, rigurosos estudios de metaanálisis han constatado que, durante la infancia y la adolescencia, las personas que se identifican con una orientación homosexual o bisexual manifiestan una elevada prevalencia de victimización por parte de los iguales y compañeros escolares (Toomey y Russell, 2016), con un rango que oscila del 26 al 39 % (Katz-Wise y Hyde, 2012), y presentan, de media, 1,7 veces más probabilidades que sus compañeros heterosexuales de ser victimizados en el contexto escolar (Friedman et al., 2011). Asimismo, la victimización dentro de las relaciones de pareja adolescente, o *dating violence*, también es más elevada en el colectivo de minorías sexuales y se sitúa en un 45 % de violencia física y en un 17 % de violencia sexual en un período de estudio de cinco años (Whitton et al., 2019).

Sin embargo, las consecuencias adversas de la victimización por parte de los iguales durante la infancia y la adolescencia en minorías sexuales han sido señaladas por estudios de revisión, incluyendo desde problemas de vinculación y rendimiento escolar, abuso de alcohol/drogas y otras conductas de riesgo, problemas de salud mental tanto de tipo internalizante (depresión, ansiedad) como externalizante (conducta disruptiva, agresividad), y otros problemas psicosociales como una baja autoestima y satisfacción vital (Collier et al., 2013). La ideación y conducta suicida es un problema particularmente relevante en menores pertenecientes a minorías sexuales que sufren victimización y acoso por parte de los iguales (Bouris et al., 2016).

La victimización en la escuela supone, además, menores sentimientos de pertenencia que, a su vez, implican un peor estado de salud mental en los y las jóvenes LGB (Heck

et al., 2014).

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la victimización infantojuvenil además se asocia a un mayor riesgo de sufrir otras formas de victimización o acumulación de experiencias de violencia, fenómeno conocido como polivictimización (Finkelhor et al., 2005) y también incrementa el riesgo ser revictimizado a lo largo de la vida (Widom et al., 2008), lo que supone que haya individuos que tengan que hacer frente a la violencia como una situación crónica. En este sentido, los estudios muestran una relación directa entre incrementos de victimización de la adolescencia en la edad adulta y síntomas postraumáticos y depresión en minorías sexuales (Mustanski et al., 2016).

Los escasos estudios que se han realizado demuestran que la victimización de las minorías sexuales no se limita, exclusivamente, a los delitos de odio mencionados anteriormente. Pertenecer a una minoría sexual es también un factor de riesgo para el abuso sexual, el maltrato físico y emocional durante la infancia por parte de los padres o cuidadores principales (McGeough y Sterzing, 2018; Schneeberger et al., 2014).

Así, en el estudio 'National Survey of Midlife Development in the United States (MIDUS)' de Corliss et al. (2002) en EE.UU. un 52,6 % de los hombres homosexuales o bisexuales de la muestra reportaron maltrato emocional, un 46,7 % maltrato físico y un 26,9% maltrato físico grave. Para las mujeres lesbianas o bisexuales los porcentajes son muy similares, con un 45,5 % de maltrato emocional, un 43,6 % de maltrato físico y un 33,6 % de maltrato físico grave. En todos los casos, los porcentajes fueron significativamente superiores a los que reportan personas heterosexuales. Resultados del estudio 'National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)' de Hughes et al. (2010) muestran que las mujeres lesbianas presentan tres veces más experiencias de abuso sexual infantil que las mujeres heterosexuales y que los hombres gays tienen dos veces más probabilidades de reportar abuso sexual infantil y negligencia que los hombres heterosexuales. Siguiendo en EE.UU., el trabajo de Balsam et al. (2005), realizado con una muestra de lesbianas, gays y bisexuales y sus hermanos y hermanas heterosexuales, indica que el colectivo de orientación sexual minoritaria reporta más abuso físico y

psicológico por parte de sus padres o cuidadores, así como abuso sexual infantil. También con una muestra de EE.UU., en este caso de lesbianas y sus hermanas, Stoddard et al. (2009) encontraron que el grupo sexualmente minoritario presentó una mayor prevalencia de maltrato físico (20,4 % frente al 10 %) y de abuso sexual (34,9% frente al 20,7 %) en la infancia.

Utilizando el instrumento Adverse Childhood Experiences (Felitti et al., 1998) con una muestra de adultos de EE.UU., trabajos como el de Andersen y Blosnich (2013) muestran que los participantes gays/lesbianas presentan una prevalencia de exposición a violencia doméstica del 24,1 %, los bisexuales del 22,53 % y los heterosexuales del 15,4 %. Asimismo, para el abuso físico los participantes gays/lesbianas presentan una prevalencia del 29,3 %, los bisexuales del 30,3 % y los heterosexuales del 16,7 %. En la misma línea, los participantes gays/lesbianas presentan una prevalencia de abuso emocional del 47,9 %, los bisexuales del 48,4 % y los heterosexuales del 29,6 %. Por último, respecto al abuso sexual, los participantes gays/lesbianas presentan una prevalencia del 29,7 %, los bisexuales del 34,9 % y los heterosexuales del 14,8 %. Todas las diferencias entre minorías sexuales y heterosexuales son estadísticamente significativas. Con el mismo instrumento y una muestra con las mismas características, Austin et al. (2016) encontraron resultados similares. Los participantes LGB presentan una prevalencia de exposición a violencia doméstica del 27,1 % y los heterosexuales del 17,4 %. Respecto al abuso físico, los participantes LGB presentan una prevalencia del 29,7 % y los heterosexuales del 17 %, mientras que la prevalencia de abuso emocional es del 43,8 % para el colectivo LGB y del 28,3 % para los heterosexuales. La prevalencia de abuso sexual para el grupo LGB es del 29,1 % y del 11,7 % para los heterosexuales. Estos datos se confirman también cuando se aplican las ACE a menores de edad. Así, el estudio de Clements-Nolle et al. (2018), con un grupo de jóvenes de entre 14 y 18 años encuentra que el colectivo LGB, de nuevo, presenta una mayor prevalencia de exposición a violencia doméstica (26,7 % frente al 14,7 %), abuso físico (34,1 % frente al 13,1 %) y abuso sexual (24,4 % frente al 6,8) que el grupo heterosexual.

Centrado en las experiencias de victimización sexual, la revisión de Rothman et al. (2011) sobre los estudios publicados entre 1989 y 2009 muestra que la prevalencia

de esta forma de violencia en la infancia en mujeres lesbianas o bisexuales es del 76 %, mientras que en hombres gays o bisexuales el porcentaje se sitúa en un 59,2 %.

3.2. Victimización en la edad adulta en minorías sexuales

Respecto a la edad adulta, si bien la victimización parece reducirse en este colectivo, tal y como indican los estudios al respecto (Birkett et al., 2015), las minorías sexuales siguen presentando más experiencias violentas que los heterosexuales, por ejemplo violencia física y psicológica por parte de la pareja o experiencias de agresión sexual (Balsam et al., 2005; Edwards et al., 2015; Hugues et al., 2010), así como abusos sexuales (Stoddard et al., 2009) y otras agresiones físicas (Hugues et al., 2010, Stoddard et al., 2009).

Así, la acumulación de experiencias adversas a lo largo de la vida que presentan estas personas se ha identificado como uno de los factores explicativos de la elevada prevalencia de problemas de salud mental (Pitoňák, 2017), como por ejemplo la conducta suicida (Clements-Nolle et al., 2018). En comparación con otras víctimas de delitos, las víctimas de delitos de odio entre lesbianas y homosexuales manifestaron significativamente más síntomas de depresión, ira, ansiedad y estrés postraumático (English et al., 2018; Herek et al., 1999). La victimización en el colectivo LGB también se ha vinculado con el abuso y la dependencia de sustancias (Hugues et al., 2010; Mereish et al., 2014).

A nivel español, la mayoría de trabajos publicados sobre victimización en adultos pertenecientes a minorías sexuales se han centrado en los delitos de odio y en la violencia en las relaciones de pareja. Respecto a los delitos de odio, cada año, se denuncian entre 200 y 300 casos relativos a delitos de odio por orientación sexual e identidad de género, siendo la mayoría de víctimas de sexo masculino¹. Pertenecer a este colectivo es uno de los principales motivos para denunciar este delito (López Ortega, 2017). En relación con la violencia en el ámbito de la pareja, el trabajo de Longares et al. (2017), con una muestra de 107 adultos, observa que el 56,6 % de los

¹Informe 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>

gais y el 55,7 % de las lesbianas entrevistadas se identificaban como víctimas de violencia en la pareja. Por su parte, el estudio de revisión de artículos publicados entre 2002 y 2012 de Rodríguez-Otero et al. (2017) sobre la violencia en parejas gays, lesbianas y bisexuales, muestra que la prevalencia de la violencia que se produce en estas parejas es mucho mayor que en parejas heterosexuales y afecta entre un 50 % y un 64 %.

3.3. Problemas físicos y psicosociales en minorías sexuales

Varias revisiones sistemáticas y metaanálisis han puesto de manifiesto la mayor prevalencia de sintomatología y trastornos de salud mental que afrontan las personas pertenecientes a minorías sexuales en contraposición a la población heterosexual (Bridge et al., 2019; Ferguson et al., 2005; King et al., 2008; Lucassen et al., 2017; Plöderl y Tremblay, 2015; Ross et al., 2018; Salway et al., 2019). Estos estudios de revisión muestran elevados riesgos de depresión, ansiedad e ideación suicida a lo largo de la vida en los diferentes subgrupos de minorías sexuales (Ferguson et al., 2005; Spittlehouse et al., 2020), así como una mayor prevalencia de dependencia del alcohol y otras sustancias.

Asimismo, las personas LGB también experimentan disparidades de salud física en comparación con las personas heterosexuales. Esto implica un peor estado general de salud física, mayor riesgo de cáncer y enfermedades cardiovasculares, diabetes, asma, y otras afecciones crónicas de salud (Caceres et al., 2018; Flentje et al., 2020; Lick et al., 2013).

Además, en los últimos años, se han empezado a analizar las posibles diferencias intragrupalas en la salud mental de las personas bisexuales en relación con las personas homosexuales y heterosexuales (Kaestle e Ivory, 2012), ya que su estudio agrupado puede ocultar o invisibilizar ciertas disparidades. La evidencia emergente muestra que las personas bisexuales experimentan tasas iguales o más altas de ansiedad y depresión y problemas de salud física que las personas gays y lesbianas (Ross et al., 2018; Simoni et al., 2017).

4. Hipótesis

En relación con el primero de los objetivos del estudio, hay que mencionar las siguientes hipótesis:

H1: La prevalencia de experiencias adversas de los jóvenes adultos catalanes pertenecientes a minorías sexuales, en el transcurso del ciclo vital, será similar a la hallada en muestras extranjeras mediante una metodología similar (Andersen y Blosnich, 2013; Austin et al., 2016) y superior a la hallada en jóvenes heterosexuales (Baban et al., 2013; Raleva et al., 2013), tal y como han demostrado estudios de revisión al respecto (Katz-Wise y Hyde, 2012).

H2: El riesgo de presentar distintas tipologías de experiencias adversas en la infancia y en la etapa adulta variará en función de la edad, sexo, nivel socioeconómico y la educación de los jóvenes adultos.

En función del segundo objetivo, se hipotetiza que:

H3: El grupo de jóvenes con experiencias adversas durante el transcurso del ciclo vital presentará más problemas de salud física y psicosocial que el grupo que no las ha sufrido (Blosnich y Andersen, 2015).

H4: A mayor cantidad de experiencias adversas en la infancia y la etapa adulta (victimizaciones interpersonales y disfunciones familiares), mayor será el número de problemas de salud física y psicosocial (Edwards et al., 2003; Finkelhor et al., 2012).

H5: Los participantes con experiencias adversas pertenecientes a minorías sexuales presentarán un nivel de problemas físicos, psicológicos y psicosociales superior a aquellos con experiencias adversas heterosexuales.

5. Metodología

5.1. Procedimiento

Se contactó con el Vicerrectorado de Estudiantes de la Universidad de Barcelona, quien apoyó el estudio y el acceso a los Jefes de Estudios de las diferentes titulaciones de Grado. Una vez que el Jefe de Estudios de unos determinados estudios daba su consentimiento verbal, proporcionaba una o dos aulas con un número de estudiantes indeterminado, seleccionadas aleatoriamente. Posteriormente, tras acordar el día y grupo de aplicación, se realizaba una breve presentación a los estudiantes en la que se les pedía su colaboración para responder a la prueba, destacando su confidencialidad y la sinceridad requerida, pidiendo al docente su ausencia en el momento de suministrar el cuestionario. Se explicó a los estudiantes que el objetivo del estudio era evaluar la vivencia de eventos adversos en jóvenes adultos. También se les informó de la posibilidad de abandonar la administración, especialmente si esta les ocasionaba un elevado nivel de malestar. Todos los estudiantes colaboraron y ninguno interrumpió la aplicación abandonando la sala. Dos investigadores, graduados en psicología y/o criminología, acudían a las sesiones, facilitando la aplicación de los cuestionarios y atendiendo a todas las posibles dudas y cuestiones planteadas por los estudiantes. En ningún caso se observaron irregularidades en las sesiones de aplicación del cuestionario. La prueba se administró en una única sesión, de forma colectiva y anónima. La confidencialidad de las respuestas de los estudiantes se aseguró codificando cada cuestionario a través de un código numérico.

Tabla 1. Cronograma con la relación de estudios seleccionados y la fecha en la que se suministró

Estudio (Facultad)	Fecha de aplicación
Bellas Artes (Bellas Artes)	21/01/2019
Sociología (Economía)	19/02/2019
ADE (Economía)	19/02/2019
Empresa Internacional (Economía)	19/02/2019
Economía (Economía)	19/02/2019
Estadística (Economía)	19/02/2019

Estudio (Facultad)	Fecha de aplicación
Ingeniería informática (Matemáticas/Informática)	19/02/2019
Matemáticas (Matemáticas/Informática)	19/02/2019
Derecho (Derecho)	21/02/2019
Ciencias Políticas (Derecho)	22/02/2019
Gestión y Administración (Derecho)	23/02/2019
Relaciones Laborales (Derecho)	24/02/2019
Criminología (Derecho)	25/02/2019
Educación Social (Educación)	03/05/2019
Educación Infantil (Educación)	03/05/2019
Educación Primaria (Educación)	03/05/2019
Pedagogía (Educación)	03/05/2019
Trabajo Social (Educación)	03/05/2019
Psicología (Psicología)	03/05/2019
Comunicación Audiovisual (Biblioteconomía y Documentación)	03/05/2019
Información y Documentación (Biblioteconomía y Documentación)	03/05/2019
Física (Física)	04/05/2019
Ingeniería Electrónica de Telecomunicación (Física)	04/05/2019
Química (Química)	04/05/2019
Ingeniería de Materiales (Química)	04/05/2019
Ingeniería Química (Química)	04/05/2019
Ciencia y Tecnología de los Alimentos (Farmacia)	13/09/2019
Nutrición Humana (Farmacia)	13/09/2019
Enfermería (Enfermería)	30/10/2019
Geología (Geología)	07/11/2019
Ciencias del Mar (Geología)	07/11/2019
Filosofía (Filosofía)	28/11/2019
Historia del Arte (Geografía e Historia)	28/11/2019
Historia (Geografía e Historia)	28/11/2019

Estudio (Facultad)	Fecha de aplicación
Antropología (Geografía e Historia)	28/11/2019
Geografía (Geografía e Historia)	28/11/2019
Arqueología (Geografía e Historia)	28/11/2019
Podología (Medicina)	05/12/2019
Odontología (Medicina)	05/12/2019
Medicina (Medicina)	05/12/2019
Ingeniería Biomédica (Medicina)	05/12/2019
Ciencias Biomédicas (Medicina)	05/12/2019
Farmacología (Farmacia)	05/12/2019
Filología catalana	29/10/2021
Filología clásica	29/10/2021
Filología hispánica	29/10/2021
Filología románica	29/10/2021
Comunicación e Industrias Culturales (Filología)	29/10/2021
Biología (Biología)	No accesible*
Bioquímica (Biología)	No accesible*
Biotecnología (Biología)	No accesible*
Ciencias Ambientales (Biología)	No accesible*

*La jefa de estudios de la Facultad de Biología no aceptó participar en el estudio atendiendo a “criterios científicos”.

5.2. Muestra

Se recogió una muestra total de 1.291 jóvenes mayores de 18 años de cada una de las titulaciones de grado de la Universidad de Barcelona. Los participantes que no completaron al menos un 60 % del cuestionario fueron descartados ($n=273$) mediante el método de eliminación por lista. Por tanto, la muestra utilizada por este estudio está conformada por 924 casos, el 71,60 % son mujeres y el 28,40 % son hombres. La media de edad es 20,10 años ($DT = 3,34$). De estos, 231 participantes se han autoidentificado como individuos no heterosexuales —minorías sexuales— (i. e.,

lesbianas, gays, bisexuales, asexuales y no definidos), siguiendo la misma distribución de otros estudios que se han realizado al respecto (The Lancet, 2016).

Con el fin de alcanzar los objetivos de este estudio se ha realizado un emparejamiento mediante el procedimiento de Propensity Score Matching (PSM, Rosenbaum y Rubin, 1983). Este método proviene de la epidemiología y calcula la probabilidad de cada sujeto participante de pertenecer al grupo tratamiento (en nuestro estudio, minoría sexual) o control (en este estudio, heterosexual) según características relevantes (en nuestro caso, el sexo, edad, nivel socioeconómico y religión). Posteriormente, utiliza esta probabilidad para realizar emparejamientos entre los sujetos de cada uno de los grupos. Así, cada sujeto perteneciente al grupo de minorías sexuales (grupo tratamiento) quedará emparejado con tres sujetos heterosexuales (grupo control) con características similares a las variables incluidas en el modelo de PSM. De esta forma, maximizamos las posibilidades de que las diferencias encontradas entre los grupos sean por causa de la variable de agrupamiento (i. e., pertenecer o no a una minoría sexual) y no por otras características que también pueden influir.

El PSM se ha llevado a cabo con el programa R (R Core Team, 2019), utilizando el package MatchIt (Ho et al., 2011). Para realizar el procedimiento, se han descartado 24 sujetos que presentaban datos incompletos en alguna de las variables incluidas en el modelo. Mediante el PSM, 70 sujetos heterosexuales no han sido emparejados, por lo que la muestra emparejada ha quedado configurada tal y como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 2. Características sociodemográficas antes y después del emparejamiento mediante PSM

Variable	Sin emparejar ^a			Emparejados		
	Casos (n = 241)	Controles (n = 777)	χ^2 (df)	Casos (n = 231)	Controles (n = 693)	χ^2 (df)
Edad ^b	19,6(0,19)	20,3(0,15)	(553,35)2,65	19,6(0,20)	19,9(0,13)	(449,89)1,51
Sexo						
Hombre	48(19,9)	241(31,0)	(1)10,61**	45(19,5)	205(29,6)	(1)8,45**
Mujer	193(80,1)	536(69,1)		186(80,5)	488(70,4)	

	Sin emparejar ^a			Emparejados		
	n(%)			n(%)		
SES						
Alto	27(11,2)	108(14,0)		26(11,3)	90(13,0)	
Medio	106(44,0)	425(54,7)	(2)14,62***	100(43,3)	371(53,5)	10,79**
Bajo	108(44,8)	244(31,4)		105(45,4)	232(33,5)	
Origen						
España	218(90,5)	686(88,3)		210(90,9)	618(89,2)	
Otro	23(9,5)	86(11,1)	(1)0,34	21(9,1)	71(10,2)	(1)0,16
Religión						
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. ^a En la muestra sin emparejar se contaba con 1.018 participantes. Algunos porcentajes en esta muestra no suman 100 porque incluyen datos perdidos.

^b Los descriptivos por la edad están expresados en medias (DT). La significación estadística se testeó mediante la t de 21 de Student. Un total de 86 casos se descartaron por no poder emparejarse.

5.3 Variables de medida

Para los objetivos del estudio, se ha creado un protocolo de evaluación², que tiene como base las Adverse Childhood Experiences (ACE) (Bellis et al., 2014), tal y como han realizado estudios previos al respecto y se recomienda cuando se analiza la victimización en el colectivo de minorías sexuales (Andersen y Blosnich, 2013), pero que incorpora ítems de otros tres instrumentos de referencia en el ámbito en el que se enmarca el presente trabajo y que permite evaluar de forma completa y comprensiva las experiencias adversas y de victimización que viven los niños, jóvenes y adultos a lo largo de su vida.

También se han obtenido datos sociodemográficos del entorno social como el sexo, la edad, la orientación sexual, el grupo cultural/étnico, el estado civil, el nivel educativo, el nivel socioeconómico percibido y la situación laboral en el momento de

²El protocolo de evaluación completo puede solicitarse al equipo de investigación.

cumplimentar el instrumento.

Por último, el protocolo de evaluación está estructurado en las siguientes secciones:

- La hoja de consentimiento informado.
- Las Adverse Childhood Experiences (ACE):
 - o Sección I: Información personal general
 - o Sección II: Preguntas sobre el estilo de vida
 - o Sección III: Preguntas sobre la salud
 - o Sección IV: Experiencias adversas en la infancia (antes de los 18 años), donde se incorporarán los elementos de la versión traducida al español del Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ; Finkelhor et al., 2005) y otros de la versión reducida del Cuestionario de Victimización Juvenil mediante Internet y/o teléfono móvil (Montiel y Carbonell, 2012)
 - o Sección V: Experiencias adversas en etapa adulta (a partir de los 18 años), donde se incorporarán ítems de la versión traducida al español del Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ; Kubany y Haynes, 2001)
- Hoja de observaciones sobre incidencias y acotaciones en la recogida de información.

A continuación se detallan las características de cada uno de los instrumentos.

1. Adverse Childhood Experiences (ACE)

El presente proyecto incluye la adaptación española oficial de las ACE entre los instrumentos de los que se valdrá para alcanzar sus objetivos, siendo la primera vez que se aplique en nuestro país en una versión aprobada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Las ACE han sido adaptadas y aplicadas en Canadá, Puerto Rico, China, Filipinas, Tailandia, Vietnam, Arabia Saudita, Jordania, Sudáfrica, Australia, Lituania, Reino Unido, Alemania, Noruega,

Rumanía, República Checa y República de Macedonia. Se ha realizado la traducción y adaptación oficial de las ACE al contexto sociocultural español, a partir de la versión de Bellis et al. (2014) y con permiso de los autores.

Las ACE se han aplicado a muestras de minorías sexuales, siendo un instrumento válido y fiable para obtener información respecto a experiencias adversas con este colectivo (Andersen y Blossnich, 2013).

Este instrumento evalúa, de forma retrospectiva, las experiencias adversas vividas en el entorno familiar (separación o divorcio de los padres, muerte de la madre, padre o cuidador/a, haber convivido durante la infancia con alguien que consumiera drogas o medicamentos sin receta médica, presentara abuso o dependencia del alcohol, algún trastorno mental o depresión, conducta suicida o que haya sido condenado judicialmente).

- Formas de abuso físico, emocional o sexual (maltrato emocional, abandono, abuso físico por parte de un adulto cuidador en forma de bofetadas, patadas, puñetazos o palizas, abuso físico con algún objeto, abuso sexual cometido por alguien 5 años mayor o antes de los 16 años o entre los 16 y los 18) y exposición a violencia física o emocional hacia algún otro miembro del hogar.
- Violencia física o emocional entre iguales, pelea física entre iguales, agresión motivada por el prejuicio u odio, haber vivido en un vecindario peligroso, haber visto o escuchado que alguien ha sido apuñalado o le han disparado, haber escuchado que alguien ha sido amenazado con una pistola o cuchillo.

Asimismo, el instrumento evalúa posibles consecuencias en la salud derivadas de estas experiencias adversas como:

- Comportamientos de riesgo sanitario (consumo de más de 6 ingestas de alcohol según la Organización Mundial de la Salud, ser fumador o haber fumado a diario, haber consumido cannabis, drogas ilegales —cocaína, heroína o drogas de diseño como LSD— o medicamentos sin receta médica, embarazo en la adolescencia y haber enviado o compartido material íntimo o sexual o buscar desconocidos para tener sexo online).

- Problemas de salud física (cáncer, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias, enfermedades digestivas, diabetes, hipertensión, angina de pecho, derrame o ictus y enfermedades hepáticas).
- Problemas de salud psicosocial (trastorno mental, ideación o conducta suicida).

Las múltiples aplicaciones del instrumento en varios países del mundo han demostrado sus excelentes propiedades psicométricas (Dube et al., 2004).

5.4. Análisis de datos

Con el fin de testear nuestra primera hipótesis (i. e., que la prevalencia de experiencias adversas de los jóvenes adultos catalanes pertenecientes a minorías sexuales, en el transcurso del ciclo vital, será superior a la hallada en jóvenes heterosexuales) se han comparado las experiencias adversas vividas por el grupo de personas heterosexuales y el de minorías sexuales mediante frecuencias, porcentajes y oportunidad relativa (odds-ratio, OR), con sus correspondientes intervalos de confianza al 95 %. También se han comparado los individuos que habían experimentado al menos una experiencia adversa con los que no habían sufrido ninguna según variables sociodemográficas para testear la hipótesis 2 mediante frecuencias y porcentajes. Para testear la hipótesis 3 (i. e., que los sujetos que presenten más experiencias adversas presentarán más problemas de salud y conductas de riesgo) se calculó la suma de experiencias adversas vividas en la infancia por cada uno de los sujetos participantes, sumando un punto por respuesta positiva y 0 si el sujeto declaraba que no había vivido la experiencia. Después se clasificaron los sujetos en ACE bajo (entre 0 y 3 experiencias) y ACE alto (más de 4 experiencias), siguiendo estudios previos (Felitti et al., 1998). Se compararon las variables de análisis mediante OR. Para testear la hipótesis 4 (i. e., si a más experiencias adversas, más problemas de salud y conductas de riesgo sanitario) se ha calculado una correlación de Pearson entre la totalidad de experiencias vividas y la suma de los problemas de salud y estilo de vida (de nuevo, sumando 1 por cada problema presente). Por último, para testear nuestra hipótesis 5 (i. e., los participantes

que han estado expuestos a experiencias adversas en la infancia y que, además, pertenecen a minorías sexuales presentarán un mayor nivel de problemas físicos y conductas de riesgo sanitarias que los heterosexuales), se han comparado las medias del total de experiencias adversas y de problemas de salud y conductas de riesgo sanitarias mediante un ANOVA de 2x2. La desviación típica mayor no es dos veces mayor que la desviación típica menor, entonces se ha considerado que las varianzas entre los grupos son homogéneas a pesar de la diferencia entre el tamaño de cada una de las submuestras. El resto de suposiciones se han confirmado mediante gráficos.

El nivel de significación estadística para todos los análisis se ha establecido en $\alpha=0,05$. Los análisis fueron realizados con el programa R y el software IBM SPSS Statistics Version 26.

5.5. Aspectos éticos

Disposiciones legales vigentes

Este estudio se ha regido por los principios éticos básicos de la Declaración de Helsinki (Seúl, 2008) y por el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (COPC, 2015).

Consentimiento informado

En cumplimiento de las directrices establecidas en la declaración de Helsinki y en el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña, se ha solicitado el consentimiento informado a los participantes, exponiendo previamente los objetivos de la investigación y la voluntariedad de su participación.

Confidencialidad de los datos

En todo momento se ha respetado el derecho a la confidencialidad de los participantes, cumpliendo con la legislación nacional vigente sobre protección de datos. De esta forma, el protocolo de recogida de datos es anónimo y los datos que identifican a los participantes únicamente han sido la facultad, los estudios que realiza

y el año en que se encuentra, asignando a cada participante un código.

Asimismo, los integrantes del equipo han informado a los estudiantes de forma expresa, precisa e inequívoca de que la información brindada se incorporará a una base de datos informática, que solo se utilizará con fines de investigación, en la que el participante no podrá ser identificado en modo alguno.

Evaluación por un Comité Ético de Investigación Clínica

Siguiendo las recomendaciones generales sobre investigación clínica, el estudio se ha sometido a la consideración del Comité Ético de Investigación Clínica de la Universidad de Barcelona (Institutional Review Board: IRB00003099).

6. Resultados

6.1. Características sociodemográficas de la muestra

La muestra de este estudio comprende 924 participantes con una media de edad de 19,85 años ($DT = 3,33$), de entre 18 y 58 años, y un 72,9 % ($n = 674$) de mujeres.

Como puede observarse en la Tabla 3, con relación a su orientación sexual, el 75 % ($n = 693$) se identificó como “heterosexual”, un 18,5 % ($n = 171$) como “bisexual”, un 5,7 % ($n = 47$) como “homosexual” y un 0,3 % ($n = 3$) como “asexual”. Un 1,1 % ($n = 10$) no se identificaron con ninguna de las categorías de respuesta. Así, el colectivo minorías sexuales está conformado por 231 individuos, siendo su distribución intragrupal la siguiente: 20,3 % homosexual —gay o lesbiana—, 74 % bisexual, 1,3% asexual y 4,3 % no definido.

La mayoría de los participantes ($n = 828$; 89,6 %) indicaron España como país de origen, mientras que un 5,2 % ($n = 48$) provenía de América, un 2,4 % ($n = 22$) de otros países europeos, un 1,7 % de Asia ($n = 16$) y un 0,8 % de África.

El 87,4 % ($n = 808$) manifestó no identificarse con ninguna religión o sistema de creencias, mientras que el 12,6 % ($n = 116$) reportó que sí: un 11,4 % ($n = 105$) se identificaba con el cristianismo, un 0,8 % ($n = 7$) con el islam, un 0,2 % ($n = 2$) con el hinduismo y otro 0,2 % ($n = 2$) con el budismo. En cuanto al nivel socioeconómico, el 51 % ($n = 471$) de los participantes lo describieron como medio, un 36,5 % ($n = 337$) como bajo o medio-bajo, y un 12,5 % ($n = 116$) como alto o medio-alto.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra

VARIABLES	n (%) n = 924
Sexo	
Masculino	250 (27,1)
Femenino	674 (72,9)
Orientación sexual	
Heterosexual	693 (75)
Minoría sexual	231 (25)
Homosexual	47 (5,1)
Bisexual	171 (18,5)
Asexual	3 (0,3)
No definido	10 (1,1)
País o continente de origen	
España	828 (89,6)
Europa (otros)	22 (2,4)
Asia	16 (1,7)
África	7 (0,8)
América	48 (5,2)
No responde	1 (0,1)
Religión o sistema de creencias	
Sí	116 (12,6)
Cristianismo	105 (11,4)
Islam	7 (0,8)
Hinduismo	2 (0,2)
Budismo	2 (0,2)
No	808 (87,4)
Nivel socioeconómico	
Alto	116 (12,5)
Medio	471 (51,0)
Bajo	337 (36,5)

6.2. Experiencias adversas y de victimización

6.2.1. Experiencias adversas vividas en el transcurso de la vida para la muestra general

Las experiencias adversas que han reportado los participantes se presentan en la Tabla 4. Así, un 54,0 % de los hombres ($n = 135$) y un 57,6 % de las mujeres ($n = 388$) reportan alguna experiencia adversa vinculada a su entorno familiar y comunitario (un 56,6 % en total), mientras que un 84,0 % de los hombres ($n = 210$) y un 77,2 % de las mujeres ($n = 520$) reportan alguna experiencia adversa vinculada a victimizaciones (un 79,0 % en total).

Aquellas victimizaciones más frecuentes se detallan a continuación. En cuanto a aquellas relacionadas con el entorno familiar y comunitario, la más frecuente fue haber convivido con alguien con depresión, trastorno mental o conductas suicidas (28,8 %), seguido del divorcio de los padres (26,5 %), y haber convivido con alguien con problemas de alcoholismo, que abusara de drogas o medicamentos sin receta médica (16,9 %). No se han encontrado diferencias significativas entre sexos para ninguna de las experiencias de este módulo.

Entre las experiencias adversas relacionadas con la victimización, la más reportada es la violencia física o emocional entre iguales (46,0 %), seguida del abuso físico por parte de un adulto cuidador (30,7 %), pelea física entre iguales (30,5 %), haber sido testigo de violencia psicológica intrafamiliar (26,0 %), el abuso sexual (21,1 %) y el abuso emocional (16,1 %).

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas basadas en el género en cuanto al módulo de victimización ($\chi^2 = 5,157$; $p = ,023$; OR = 1,16; 95 % CI [0,44-0,94]) que muestran que los hombres tienen mayor riesgo de sufrir estas experiencias adversas de forma general. En cambio, cuando se analizan las formas específicas de victimización, por ítems, en las tres formas de victimización sexual existe un mayor porcentaje de mujeres, mientras que los hombres experimentan en mayor medida agresiones físicas entre iguales, haber visto o escuchado a alguien siendo amenazado con un arma y agresiones motivadas por el prejuicio, la hostilidad o el odio.

Tabla 4. Experiencias adversas para el total de la muestra, por sexos

	Total <i>n</i> (%)	Hombres <i>n</i> (%)	Mujeres <i>n</i> (%)	OR (95 % CI)
Entorno familiar y comunitario	523 (56,6)	135 (54)	388 (57,6)	1,16 (0,86-1,55)
Divorcio de los padres (ítem 15)	245 (26,5)	60 (24,0)	185 (27,4)	1,20 (0,86-1,68)
Muerte de la madre, el padre o cuidador (ítem 16)	43 (4,7)	10 (4,0)	33 (4,9)	1,23 (0,60-2,54)
Haber convivido con alguien con depresión, trastorno mental o conductas suicidas (ítem 39)	266 (28,8)	62 (24,8)	204 (30,3)	1,32 (0,95-1,83)
Haber convivido con alguien que abusara de alcohol, drogas o medicamentos sin receta médica (ítem 40)	156 (16,9)	42 (16,8)	114 (16,9)	1,01 (0,68-1,49)
Haber convivido con alguien sujeto a una condena judicial (ítem 41)	22 (2,4)	6 (2,4)	16 (2,4)	0,99 (0,38-2,56)
Haber vivido en un vecindario peligroso (ítem 75)	148 (16)	42 (16,8)	106 (15,7)	0,92 (0,63-1,37)
Victimización	730 (79)	210 (84)	520 (77,2)	0,64 (0,44-0,94)*
Haber sido testigo de violencia emocional, intrafamiliar (gritos, insultos, humillaciones, amenazas) (ítem 58)	240 (26)	64 (25,6)	176 (26,1)	1,03 (0,74-1,43)
Haber sido testigo de violencia física intrafamiliar (bofetadas, puñetazos, palizas) (ítem 59)	82 (8,9)	21 (8,4)	61 (9,1)	1,09 (0,65-1,82)
Haber sido testigo de violencia física intrafamiliar mediante objetos (palo, bastón, botella, cuchillo, látigo, quemadura por cigarrillo) (ítem 60)	9 (1)	1 (0,4)	8 (1,2)	2,99 (0,37-24,04)
Abuso emocional (ítem 47)	149 (16,1)	32 (12,8)	117 (17,4)	1,43 (0,94-2,18)

	Total <i>n (%)</i>	Hombres <i>n (%)</i>	Mujeres <i>n (%)</i>	OR (95 % CI)
Abandono (ítem 54)	138 (14,9)	34 (13,6)	104 (15,4)	1,16 (0,76-1,76)
Abuso físico por parte de un adulto cuidador (bofetadas, patadas, puñetazos o palizas) (ítem 56)	284 (30,7)	86 (34,4)	198 (29,4)	0,79 (0,58-1,08)
Abuso físico con objetos (palo, bastón, botella, cuchillo, látigo, quemadura por cigarrillo) (ítem 57)	26 (2,8)	10 (4,0)	16 (2,4)	0,58 (0,26-1,30)
Abuso sexual cometido por alguien 5 años mayor (ítem 65)	107 (11,6)	12 (4,8)	95 (14,1)	3,25 (1,75-6,04)**
Abuso sexual antes de los 16 años (ítem 66)	92 (10)	10 (4,0)	82 (12,2)	3,32 (1,70-6,52)**
Abuso sexual después de los 16 años, pero antes de los 18 años (ítem 67)	95 (10,3)	7 (2,8)	88 (13,1)	5,21 (2,38-11,42)**
Violencia física o emocional entre iguales (ítem 44)	425 (46)	105 (42,0)	320 (47,5)	1,25 (0,93-1,67)
Agresión física entre iguales (ítem 45)	282 (30,5)	135 (54,0)	147 (21,8)	0,24 (0,18-0,34)**
Agresión motivada por el prejuicio o el odio (ítem 46)	152 (15,5)	51 (20,4)	101 (15,0)	0,69 (0,47-1)
Haber visto o escuchado a alguien que le han disparado o apuñalado (ítem 76)	66 (7,1)	23 (9,2)	43 (6,4)	0,67 (0,40-1,14)
Haber visto o escuchado a alguien ser amenazado con una pistola o cuchillo (ítem 77)	116 (12,6)	50 (20,0)	66 (9,8)	0,43 (0,29- 0,65)**

Nota. La significación estadística está señalada por asteriscos: * $p < ,05$, ** $p < ,01$

6.2.2. Experiencias adversas vividas por las personas pertenecientes a minorías sexuales

Cuando analizamos las experiencias adversas en función de la orientación sexual, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de heterosexuales y el grupo de minorías sexuales ($\chi^2 = 4,967$; $p = ,026$; OR = 1,81; 95 % CI [1,07-3,07]), de modo que el grupo de minorías sexuales presenta en mayor proporción estas experiencias, que varían ligeramente su distribución, como puede verse en la Tabla 5.

Estas diferencias entre los grupos también se manifiestan por cada uno de los dos módulos de experiencias adversas, las relacionadas con el entorno comunitario ($\chi^2 = 4,125$; $p = ,042$; OR = 1,37; 95 % CI [1,01 -1,86]), y las relacionadas con el módulo de victimización ($\chi^2 = 5,437$; $p = ,020$; OR = 1,60; 95 % CI [1,07-2,38]). Así, un 62,3 % de los participantes del grupo de minorías sexuales reporta experiencias adversas relacionadas con su entorno familiar y comunitario y un 84,4 % experiencias de victimización. Estos datos son del 54,7 % y del 77,2 % respectivamente en el grupo heterosexual.

En cuanto a las experiencias relacionadas con el entorno familiar, el haber convivido con alguien con depresión, trastorno mental o conductas suicidas (36,4 %), seguido del divorcio de los padres (29,0 %) son las más frecuentes. Las diferencias entre participantes pertenecientes a minorías y no minorías son significativas en cuanto a haber convivido con alguien con depresión, trastorno mental o conductas suicidas, siendo más frecuente en las personas pertenecientes a minorías sexuales en comparación con los heterosexuales.

De entre las experiencias adversas relacionadas con la victimización, las más reportadas son la violencia física o emocional entre iguales (58,0 %), el castigo físico por parte de un adulto (39,0 %), el abuso físico con y sin objetos (39,0 %), la violencia intrafamiliar, física y emocional (31,5 %), el abuso sexual (31,2 %), haber sido testigo de violencia psicológica intrafamiliar (33,3 %), la agresión física entre iguales (27,7 %) y los ataques motivados por el prejuicio o el odio (24,2 %).

Los castigos físicos y emocionales presentan diferencias significativas en cuanto a la orientación sexual, reportándolos con mayor frecuencia las minorías sexuales. También haber sido testigo de violencia psicológica intrafamiliar. De la misma forma que se ha encontrado en los resultados de victimización por género (ver apartado anterior, Tabla 4), se han encontrado diferencias significativas en cuanto a las tres victimizaciones relacionadas con el abuso sexual, mostrándose cómo las minorías sexuales sufren más abuso sexual que el grupo de heterosexuales. También se observan diferencias significativas en la violencia física o emocional entre iguales y los ataques motivados por el prejuicio o el odio, siendo más prevalentes en el grupo de minorías sexuales en comparación con los heterosexuales.

Tabla 5. Experiencias adversas en función de la orientación sexual

Experiencia adversa	Heterosexuales n (%)	Minorías sexuales n (%)	OR (95 % CI)
Entorno familiar y comunitario	379 (54,7)	144 (62,3)	1,37 (1,01-1,86)*
Divorcio de los padres	178 (25,7)	67 (29)	1,18 (0,85-1,65)
Muerte de la madre, el padre o cuidador	35 (5,1)	8 (3,5)	0,68 (0,31-1,49)
Haber convivido con alguien con depresión, trastorno mental o conductas suicidas	182 (26,3)	84 (36,4)	1,60 (1,17-2,20)**
Haber convivido con alguien que abusara de alcohol, drogas o medicamentos sin receta médica	113 (16,3)	43 (18,6)	1,17 (0,80-1,73)
Haber convivido con alguien sujeto a una condena judicial	15 (2,2)	7 (3)	1,41 (0,57-3,51)
Haber vivido en un vecindario peligroso	106 (15,3)	42 (18,2)	1,23 (0,83-1,82)
Victimización	535 (77,2)	195 (84,4)	1,60 (1,07-2,38)*
Haber sido testigo de violencia emocional, intrafamiliar (gritos, insultos, humillaciones, amenazas)	163 (23,5)	77 (33,3)	1,63 (1,18-2,25)**

Experiencia adversa	Heterosexuales n (%)	Minorías sexuales n (%)	OR (95 % CI)
Haber sido testigo de violencia física intrafamiliar (bofetadas, puñetazos, palizas)	58 (8,4)	24 (10,4)	1,27 (0,77-2,10)
Haber sido testigo de violencia física intrafamiliar mediante objetos (palo, bastón, botella, cuchillo, látigo, quemadura por cigarrillo)	6 (0,9)	3 (1,3)	1,51 (0,37-6,07)
Abuso emocional	96 (13,9)	53 (22,9)	1,85 (1,27-2,69)**
Abandono	101 (14,6)	37 (16)	1,12 (0,74-1,69)
Abuso físico por parte de un adulto cuidador (bofetadas, patadas, puñetazos o palizas)	194 (28)	90 (39)	1,64 (1,20-2,24)**
Abuso físico con objetos (palo, bastón, botella, cuchillo, látigo, quemadura por cigarrillo)	17 (2,5)	9 (3,9)	1,61 (0,71-3,67)
Abuso sexual cometido por alguien 5 años mayor	70 (10,1)	37 (16)	1,70 (1,10-2,61)*
Abuso sexual antes de los 16 años	50 (7,2)	42 (18,2)	2,86 (1,84-4,44)**
Abuso sexual después de los 16 años, pero antes de los 18 años	60 (8,7)	35 (15,2)	1,88 (1,21-2,95)**
Violencia física o emocional entre iguales	291 (42)	134 (58)	1,91 (1,41-2,58)**
Pelea física entre iguales	218 (31,5)	64 (27,7)	0,84 (0,60-1,16)
Ataque motivado por el prejuicio o el odio	96 (13,9)	56 (24,2)	2,00 (1,37-2,88)**
Haber visto o escuchado a alguien que le han disparado o apuñalado	51 (7,4)	15 (6,5)	0,87 (0,48-1,59)
Haber visto o escuchado a alguien ser amenazado con una pistola o cuchillo	89 (12,8)	27 (11,7)	0,90 (0,57-1,42)

Nota. La significación estadística está señalada por asteriscos: * $p < ,05$, ** $p < ,01$

6.2.3. Agresiones motivadas por el prejuicio, la hostilidad o el odio

Las agresiones motivadas por el prejuicio, la hostilidad o el odio fueron reportadas en mayor medida por las minorías sexuales en comparación con las personas heterosexuales. De los participantes pertenecientes a las minorías sexuales que reportaron este tipo de victimización, el 63,5 % de ellos lo habían sufrido 5 o más veces. Por tanto, parece que se trata más de una experiencia continuada para aquellos que la padecen que no un hecho aislado, ya que solo un 7,7 % dice haberlo sufrido únicamente una vez.

Tabla 6. Motivos de las agresiones motivadas por el prejuicio, la hostilidad o el odio

Motivación	Heterosexuales	Minorías sexuales
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Por la raza, nacionalidad o color de piel	27 (3,9)	12 (5,2)
Por la religión	7 (1,0)	0 (0,0)
Por la orientación sexual	0 (0,0)	30 (13,0)
Por algún problema o característica física	48 (6,9)	18 (7,8)

Como se observa en la Tabla 6, el motivo más relevante por el que las personas pertenecientes a minorías sexuales reportan haber sido víctimas de una agresión motivada por el prejuicio, la hostilidad o el odio es su orientación sexual ($n = 30$; 13 %). Dado el reducido número de casos reportados no es posible realizar un análisis de la significación de los resultados de forma comparativa entre los dos grupos. Sin embargo, el análisis de los resultados resulta interesante, puesto que el motivo “orientación sexual” se encuentra presente únicamente en aquellos que pertenecen a alguna de las tres minorías sexuales presentadas en este estudio, ya que en el resto de la muestra heterosexual, aunque se reportan incidentes de odio, ninguno estuvo motivado por esta cuestión. Por tanto, podríamos decir que es un motivo propio de las minorías y que no se da en el resto de la muestra.

En cuanto a la notificación de estos incidentes, ninguno de ellos se notificó a las autoridades policiales, y tampoco ninguno terminó en juicio.

6.2.4. Experiencias adversas en minorías sexuales en función de variables sociodemográficas

La gran mayoría de personas que pertenecen a una minoría sexual ha sufrido al menos una experiencia adversa (92,2 %) a lo largo de su vida, ya sea vinculada a su entorno familiar o comunitario como experiencias de victimización. Solo un 7,8 % no ha sufrido ninguna. En contraposición, aunque en menor proporción que la vivida por el grupo de minorías sexuales, la mayoría de las personas heterosexuales también han sufrido al menos una experiencia adversa (86,7 %) a lo largo de su vida.

En cuanto a la presencia de experiencias adversas según las variables sociodemográficas, estas se describen en la Tabla 7. No se han encontrado diferencias significativas en lo que se refiere a las variables sociodemográficas entre aquellas personas pertenecientes a minorías sexuales que han sufrido experiencias adversas y las que no. Sin embargo, las características de los participantes pertenecientes a las minorías sexuales que han experimentado al menos una experiencia adversa, por su frecuencia son: ser una mujer (80,3 %), bisexual (74,6 %), ser de origen español (90,6 %), no ser de ninguna religión (92 %) y ser de nivel socioeconómico medio (42,7 %) o bajo (45,6 %).

Tabla 7. Experiencias adversas en las minorías sexuales por características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Presencia de ACEs	
	No n (%)	Sí n (%)
Sexo		
Masculino	3 (16,7)	42 (19,7)
Femenino	15 (83,3)	171 (80,3)
Orientación sexual		
Homosexual	6 (33,3)	41 (19,2)
Bisexual	12 (66,7)	159 (74,6)
Asexual	0 (0)	3 (1,4)
No definida	0 (0)	10 (4,7)

País o continente de origen		
España	17 (94,4)	193 (90,6)
Europa (otros)	0	5 (2,3)
Asia	0	5 (2,4)
África	1 (5,6)	1 (0,4)
América	0	10 (4,3)
Religión o sistema de creencias		
No	16 (88,9)	196 (92)
Sí	2 (11,1)	17 (8)
Nivel socioeconómico		
Alto	1 (5,6)	25 (11,7)
Medio	9 (50)	91 (42,7)
Bajo	8 (44,4)	97 (45,6)

Nota. No se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las variables mediante el test del Chi cuadrado.

6.2.5. Acumulación de experiencias

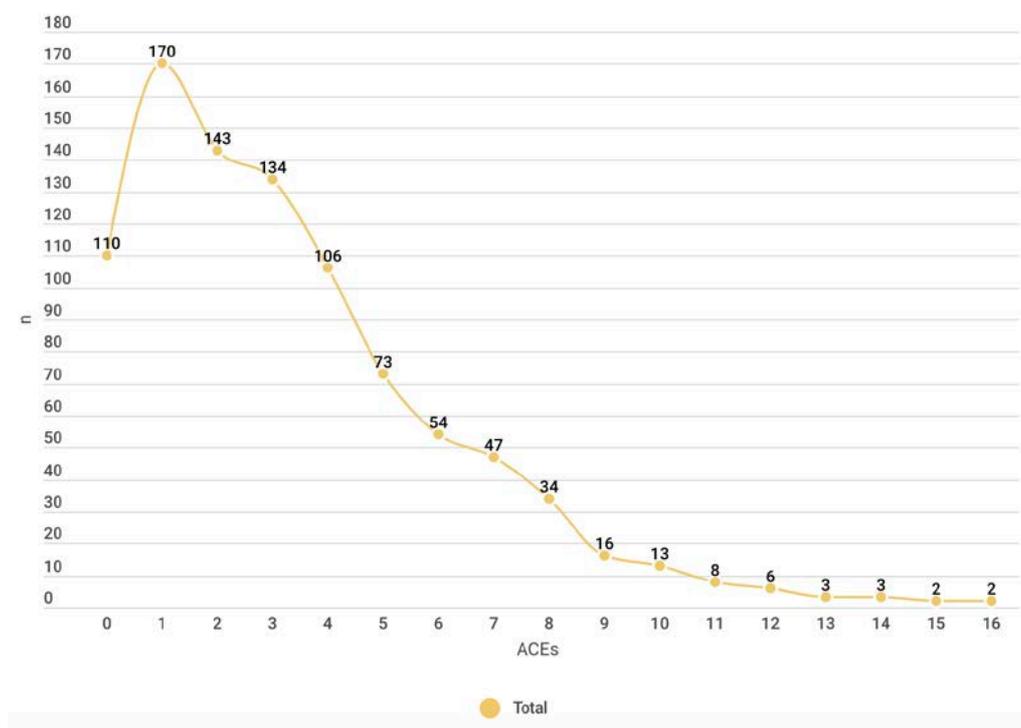
El estudio de la acumulación de experiencias adversas de la muestra nos explica el número de experiencias que los participantes acumulan dentro de las 21 posibles preguntadas en este estudio. Ningún participante ha reportado haberlas sufrido todas. El rango para la muestra se distribuyó entre la frecuencia de 0 a 16 experiencias. La media de experiencias adversas para el total de la muestra es de 3,4 ($DT = 2,88$), con un 11,9 % de personas que reportaron no haber sufrido ninguna, mientras que el resto de participantes, 88,1 %, han sufrido una o más experiencias adversas.

Tabla 8. Acumulación de experiencias adversas por orientación sexual

	Total <i>M (DT)</i>	Heterosexuales <i>M (DT)</i>	Minorías sexuales <i>M (DT)</i>
Total de ACEs	3,4 (2,88)	3,16 (2,75)	4,15 (3,12)
ACEs 'Entorno familiar y comunitario'	0,96 (1,10)	0,91 (1,07)	1,10 (1,18)
ACEs 'Victimización'	2,45 (2,28)	2,25 (2,15)	3,04 (2,54)

La Figura 1 muestra el número de experiencias adversas para el total de la muestra. Se observa que la gran mayoría de participantes indican haber sufrido una única experiencia adversa ($n=170$), seguida de dos ($n=143$) y tres ($n=134$).

Figura 1. Frecuencia de ACEs para el total de la muestra

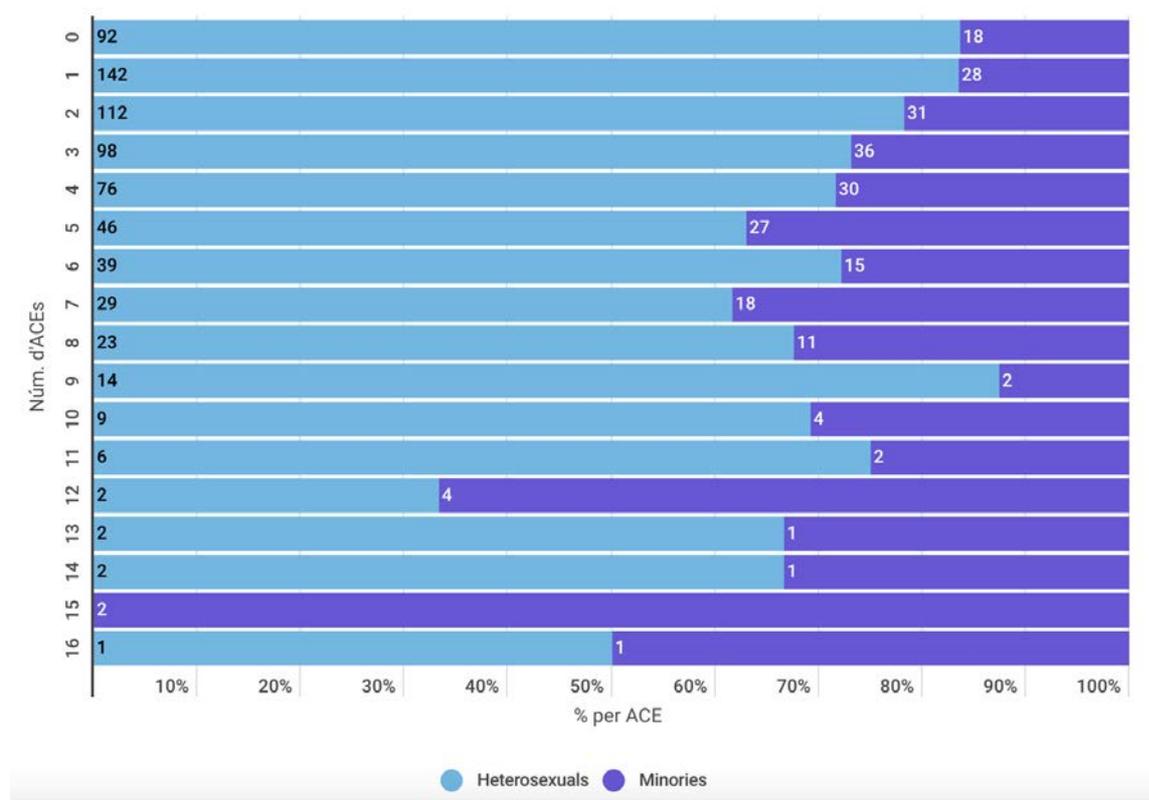


En cuanto al total de ACEs en función de la orientación sexual, la media entre ambos grupos es significativamente distinta ($t(922) = -4,555, p < 0,01$), encontrando que las minorías sexuales sufren más experiencias adversas ($M = 4,15; DT = 3,12$) en comparación con los heterosexuales ($M = 3,16; DT = 2,75$).

La diferencia de las medias en cuanto a las ACEs relacionadas con el entorno familiar y comunitario no es estadísticamente significativa, pero en cambio sí lo es la de las ACEs relacionadas con la victimización ($t(922) = -4,626, p < 0,01$), donde podemos observar que aquellos pertenecientes a las minorías sexuales sufren un mayor número de victimizaciones ($M = 3,04; DT = 2,54$) en comparación con los heterosexuales ($M = 2,25; DT = 2,15$).

En la Figura 2 puede observarse la distribución de la frecuencia de experiencias adversas en minorías sexuales. Lo más frecuente es haber vivido 3 experiencias adversas, hecho reportado por 36 participantes (15,6 %), seguido de haber experimentado 2 ($n = 31$, 13,4 %) o 4 ($n = 30$, 13,0 %). Un participante (0,4 %) reportó haber sufrido 16, otro 14 y otro 13.

Figura 2. Frecuencia de ACEs y representatividad por heterosexuales y minorías sexuales



Los participantes se han clasificado según si habían sufrido entre 0 y 3 experiencias adversas (ACE bajo) y más de 4 (ACE alto), siguiendo trabajos previos. En la Tabla 9 se muestran las características sociodemográficas de los sujetos pertenecientes a minorías sexuales en cada una de estas categorías. Como puede observarse, en ambos grupos, la mayoría son mujeres españolas y que no se identifican con ningún sistema de creencias o religión. La distribución de los participantes según su nivel socioeconómico diverge en tanto que en el grupo de ACE alto hay más sujetos que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo o medio-bajo (50,8 %), seguidos por los que reportan ser de un nivel medio (36,4 %) y por último quienes provienen de un nivel alto (12,7 %). Por otro lado, en el grupo de ACE bajo la mayoría declara pertenecer a

un nivel socioeconómico medio (50,4 %), seguido por los de nivel bajo (39,8 %) y por último los que pertenecen al nivel alto (9,7 %).

Tabla 9. Características de los participantes pertenecientes a minorías sexuales según la cantidad de ACEs vivida

	ACE bajo (n = 113)	ACE alto (n = 118)
Sexo		
Hombre	18 (15,9)	27 (22,9)
Mujer	95 (84,1)	91 (77,1)
Lugar de origen		
España	103 (91,2)	107 (90,1)
Europa (excluyendo a España)	2 (1,8)	3 (2,5)
Asia	2 (1,8)	3 (2,5)
África	1 (0,9)	0 (0)
Latinoamérica	5 (4,4)	5 (4,2)
Nivel Socioeconómico		
Alto o medio alto	11 (9,7)	15 (12,7)
Medio	57 (50,4)	43 (36,4)
Bajo o medio bajo	45 (39,8)	60 (50,8)
Religión		
No	102 (90,3)	110 (93,2)
Sí	11 (9,7)	8 (6,8)

Nota. No se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las variables mediante el test del Chi cuadrado.

La media de edad para el grupo de ACE bajo fue de 18,9 ($DT = 0,13$) con un rango de entre 18 y 25. Para el grupo de ACE alto la media fue de 20,2 ($DT = 0,36$, Mín. = 18, Máx.= 43), siendo esta diferencia significativa ($t(145,11) = 3,30$, $p <,001$).

6.3. Efecto de las experiencias adversas en los problemas de salud física y psicosocial en minorías sexuales

En la Tabla 10 se puede observar la comparación del estilo de vida y salud de los pertenecientes a minorías sexuales que fueron clasificados dentro de la categoría ACE bajo o alto, con su correspondiente intervalo de confianza. Como puede verse,

los participantes que se encuentran dentro del grupo ACE alto tienen significativamente mayor probabilidad de consumir medicamentos sin receta médica como mínimo en una ocasión (OR = 3,77[1,75-8,83]), de utilizar internet, el teléfono móvil o cualquier otra TIC para enviar o colgar material íntimo o sexual propio o buscar contacto sexual online con desconocidos (OR = 3,77[2,15-6,76]) y tener pensamientos (OR = 2,61[1,52-4,52]) o conductas suicidas (OR = 2,55[1,45-4,55]). Respecto a las enfermedades de transmisión sexual, encontramos un 5,1 % del grupo de ACE alto en comparación con el 0 % del grupo de ACE bajo, aunque la medida de comparación no se ha podido calcular por no llegar al mínimo de recuentos necesarios para cada casilla.

Tabla 10. Odd-ratios por variable de análisis según el nivel de exposición a experiencias adversas

	ACE bajo (n = 113)	ACE alto (n = 118)	OR(95 % CI)
Estilo de vida			
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)	
Medicamentos			
No	104(92,0)	89(75,4)	3,77(1,75-8,83)**
Sí	9(8,0)	29(24,6)	
Otras drogas ^a			
No	108(95,6)	102(86,4)	3,39 (1,27-10,66)
Sí	5(4,4)	16(13,6)	
Embarazo no deseado			
No	113(100)	117(99,2)	NA
Sí	0(0)	1(0,8)	

Sexting			
No	88(77,9)	57(48,3)	<u>3,77(2,15-6,76)***</u>
Sí	25(22,1)	61(51,2)	
Salud			
Cáncer			
No	112(99,1)	118(100)	NA
Sí	1(0,9)	0(0)	
Enfermedad de transmisión sexual			
No	113(100)	112(94,9)	NA
Sí	0(0)	6(5,1)	
Diabetes			
No	113(100)	118(100)	NA
Sí	0(0)	0(0)	
Hipertensión			
No	111(98,2)	116(98,3)	0,95 (0,11-8,08)
Sí	2(1,8)	2(1,7)	
Angina de pecho			
No	112(99,1)	118(100)	NA
Sí	1(0,9)	0(0)	
Infarto			
No	113(100)	118(100)	NA
Sí	0(0)	0(0)	
Ictus			
No	113(100)	118(100)	NA
Sí	0(0)	0(0)	
Afección respiratoria			
No	105(92,9)	107(90,7)	1,35 (0,53-3,61)
Sí	8(7,1)	11(9,3)	
Hepática			
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)	
Trastorno mental			
No	94(83,2)	96(81,4)	<u>1,13 (0,58-2,25)</u>

Sí	19(16,8)	22(18,6)	
Ideación suicida			
No	58(51,3)	34(28,8)	2,61(1,52-4,52)***
Sí	55(48,7)	84(71,2)	
Conducta suicida			
No	87(77,0)	67(56,8)	2,55(1,45-4,55)**
Sí	26(23,0)	51(43,2)	

Nota. La significación estadística está señalada con asteriscos: * $p < ,05$, ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

^a En esta categoría se han incluido los sujetos que habían consumido cocaína o heroína o drogas de diseño (p. ej., LSD) u otras drogas ilegales.

NA = En categorías en las que no se cumple un mínimo de casos no se han podido calcular las OR.

6.3.1. Relación entre experiencias adversas y problemas de salud o conductas de riesgo sanitario

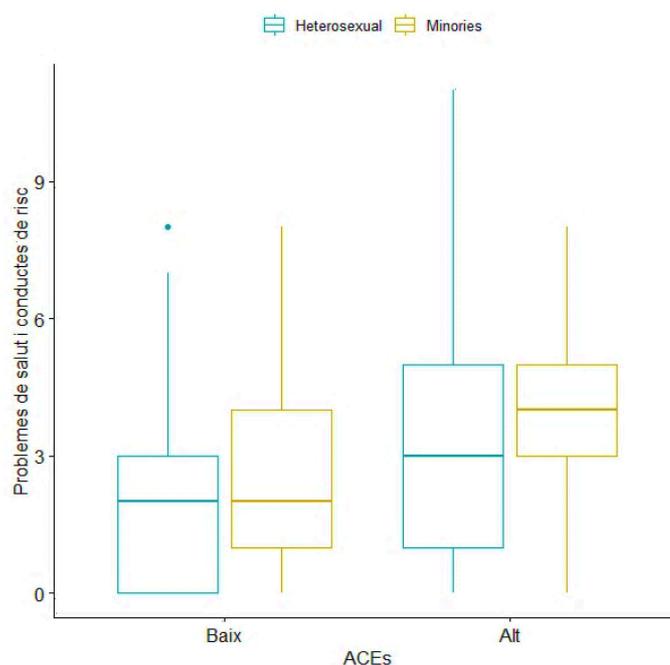
La correlación entre la suma de experiencias adversas vividas y los problemas de salud o conductas de riesgo sanitario entre los sujetos pertenecientes a minorías sexuales fue de $r = 0,28$ ($p < ,001$, 95 % CI = 0,16 - 0,40), es decir, a mayor cantidad de experiencias adversas, mayores conductas de riesgo y problemas de salud, pero con un efecto ligero. El valor de la misma correlación para la totalidad de la muestra se eleva hasta $r = 0,42$ ($p < ,001$, 95 % CI = 0,36 - 0,47). Este coeficiente entre los heterosexuales fue de 0,44 ($p < ,001$, 95 % CI = 0,38 - 0,50). Tanto en la totalidad de la muestra como entre los heterosexuales se encuentra que a mayor cantidad de experiencias adversas, más comportamientos de riesgo sanitario, y mayores problemas de salud, con un efecto moderado.

6.3.2. Interacción entre haber sufrido 4 ACEs o más y pertenecer a una minoría sexual

En la Figura 3 se puede observar la comparación de medias de problemas de salud y conductas de riesgo sanitario entre los participantes expuestos a 4 o más ACE (ACE alto), según su orientación sexual. Como puede apreciarse, la media de problemas de salud y conductas de riesgo sanitario entre aquellos que han sido clasificados como “ACE bajo” es similar entre los participantes heterosexuales y los que pertenecen a minorías sexuales. Por otra parte, para los sujetos que presentan 4 o más

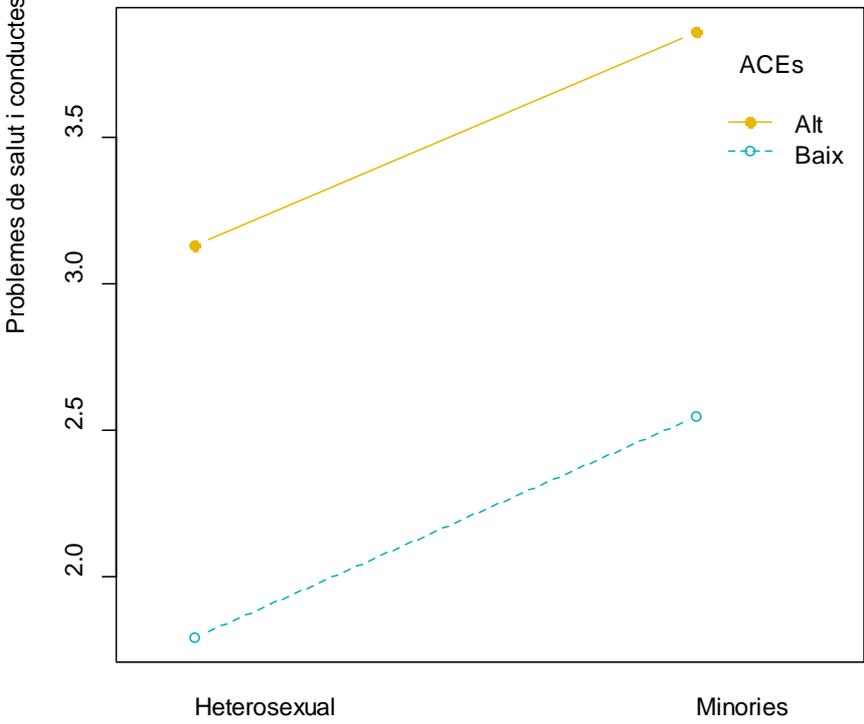
experiencias adversas, la media de problemas de salud y conductas de riesgo sanitario es mayor entre los que pertenecen a minorías sexuales.

Figura 3. Diagrama de cajas por problemas de salud y conductas de riesgo según la pertenencia a minorías sexuales y exposición a experiencias adversas



Según el ANOVA, el efecto principal de pertenecer a la categoría de ACE alto en comparación con haber vivido 3 ACEs o menos es significativo para explicar la cantidad de problemas de salud y conductas de riesgo sanitario desarrolladas ($F(1) = 131,157, p <,001$). Lo mismo se ha encontrado respecto al efecto de pertenecer a una minoría sexual ($F(1) = 27,703, p <,001$), pero no ha reportado efectos significativos la interacción entre estas dos categorías ($F(1) = 0,009, p =,93$). Estos resultados se muestran en la Figura 4. Es decir, tanto pertenecer a una minoría sexual como pertenecer al grupo con mayor cantidad de ACE tiene un efecto significativo sobre los problemas de salud. Pero estos efectos no se potencian o retroalimentan, sino que actúan de forma independiente. Como puede verse en la Figura 4, el grupo de ACE alto siempre presenta más problemas de salud que el de ACE bajo y, por su parte, las minorías sexuales también presentan más problemas de salud que los heterosexuales, independientemente de la cantidad de ACEs que hayan vivido.

Figura 4. Gráfico de interacción entre pertenecer a una minoría sexual y haber sufrido 4 ACEs o más



7. Discusión

El presente estudio ha permitido aportar, por primera vez en nuestro país, datos sobre la prevalencia de experiencias adversas y de victimización en una población de adultos jóvenes pertenecientes a minorías sexuales, siguiendo la perspectiva de la victimología del desarrollo (Finkelhor, 2007) y teniendo en cuenta la posible acumulación de experiencias adversas a lo largo de la historia de desarrollo del individuo (Felitti et al., 1998). Así, se han comprobado los efectos de la acumulación de estas experiencias en el nivel de sintomatología reportada.

Con relación a la **primera hipótesis del estudio**, la prevalencia de experiencias adversas en jóvenes pertenecientes a minorías sexuales es superior a la hallada en jóvenes heterosexuales, tal y como han mostrado estudios de metanálisis (Katz-Wise y Hyde, 2012). Así, un 92,2 % de los participantes encuestados reportan haber sufrido al menos una experiencia adversa a lo largo de su vida, en comparación con el 86,7 % de los heterosexuales.

Respecto a la prevalencia de victimización en personas LGB, en comparación con personas heterosexuales, esta sigue la línea de otros estudios llevados a cabo con el mismo instrumento en EE.UU. Así, la prevalencia de exposición a violencia intrafamiliar, física y emocional (31,5 %), de abuso emocional (22,9 %), y de abuso físico, con y sin objetos (39 %) es similar en Andersen y Blosnich (2013) o Austin et al. (2016), si bien las experiencias de abuso sexual son más altas en el grupo de minorías sexuales evaluado y afectan a casi un tercio de la muestra (31,2 %). Esta prevalencia también es ligeramente mayor que la hallada en estudios de metanálisis centrados en minorías sexuales –28,4 %– (Xu y Zheng, 2015) e ilustra un problema que no es superior en España respecto a otros países (Pereda et al., 2009). Sin embargo, este elevado resultado sí es acorde con la composición particular de la muestra de minorías sexuales analizada, principalmente mujeres bisexuales. Estudios que han evaluado específicamente las diferencias intragrupos dentro de las minorías han mostrado que este es el colectivo con mayor victimización sexual, al igual que en el presente estudio (Friedman et al., 2011; Xu y Zheng, 2015).

Se observa también que la violencia física o emocional por parte de los iguales y las agresiones motivadas por el prejuicio, la hostilidad o el odio son dos categorías en las que los participantes de minorías sexuales presentan una alta prevalencia, respecto a los participantes heterosexuales. Así, estudios anteriores han demostrado que los actos de victimización por iguales, generalmente en el ámbito escolar, se repiten también en victimizaciones en la edad adulta, en el ámbito laboral, constituyéndose esta forma de victimización en una constante en las personas LGB (Drydakis, 2019).

Por lo que se refiere a la victimización basada en el prejuicio, la hostilidad o el odio, entre las minorías sexuales, el motivo de agresión más habitual fue la orientación sexual, por encima del grupo étnico, la religión o los problemas físicos que pudieran presentar. Sin embargo, ninguno de estos incidentes motivados por la orientación sexual fue reportado por los participantes a las autoridades policiales, y por tanto, tampoco fueron juzgados. Esto hace que este tipo de incidentes, a pesar de ser frecuentes en las personas pertenecientes a minorías sexuales, sigan formando parte de la cifra negra de la victimización, puesto que no son reportados y, por tanto, no son conocidos por la autoridad, quedando relegados al ámbito privado y perpetuándose silenciosamente. Este es un hecho que se ha detectado de forma sistemática en esta área de investigación (Díaz-Faes y Pereda, 2020).

También se ha confirmado una mayor frecuencia de acumulación de experiencias adversas en el grupo de minorías sexuales, superando las 4 de media, situando a estos jóvenes en un alto riesgo de desajuste. Esta media es mayor que la hallada en estudios internacionales con el mismo instrumento en jóvenes de otros países (Sieben et al., 2019) y hay que valorarla en el contexto cultural en el que se produce. Así, podríamos decir que el colectivo de jóvenes universitarios pertenecientes a minorías sexuales de Cataluña reporta más victimizaciones que el propio colectivo en otros países del mundo, lo que puede suponer una mayor sensibilización hacia el problema por parte de los jóvenes catalanes o una efectiva mayor prevalencia de experiencias adversas en estos jóvenes, que se debería abordar.

Respecto a la **segunda hipótesis del estudio**, ser una mujer, bisexual, de origen español, no profesar ninguna religión y pertenecer a un nivel socioeconómico medio o bajo son las características de aquellas personas que reportan una mayor prevalencia de experiencias adversas. Aunque son datos que nos ayudan a la hora de perfilar programas de prevención, y por tanto valiosos a nivel descriptivo, no son significativos a nivel estadístico. Cabe decir que el colectivo universitario puede presentar menos diversidad a nivel sociodemográfico que la población general de jóvenes, y por tanto, en el futuro habría que explorar estas variables con otras muestras representativas de jóvenes LGB para poder tener más información con relación a qué características del individuo y su entorno ponen en mayor riesgo de sufrir experiencias adversas a ciertas personas pertenecientes a minorías sexuales.

Respecto a la **tercera hipótesis del estudio**, se cumple que a mayor cantidad de experiencias adversas, más comportamientos de riesgo sanitario y más problemas de salud, con un efecto moderado en el caso de los heterosexuales y ligero en el grupo de minorías sexuales. En relación con esta, la **cuarta hipótesis del estudio** indica que el grupo de jóvenes pertenecientes a una minoría sexual con 4 o más experiencias adversas presenta más problemas psicosociales que el grupo que ha sufrido entre 0 y 3 ACEs (Blosnich y Andersen, 2015). Así, presentan una mayor probabilidad de consumir medicamentos sin receta médica, de utilizar internet, el teléfono móvil o cualquier otra TIC para enviar o colgar material íntimo o sexual propio o buscar contacto sexual online con desconocidos y de tener pensamientos o conductas suicidas.

Por último, en relación con la **quinta hipótesis del estudio**, tanto pertenecer a una minoría sexual como pertenecer al grupo con mayor cantidad de ACEs tiene un efecto significativo sobre los problemas de salud. Pero estos efectos no se potencian o retroalimentan, sino que actúan de forma independiente, lo que no permite confirmar la última hipótesis.

En este sentido, cabe decir que la victimización por parte de los iguales, una de las experiencias adversas más frecuente en el colectivo de minorías sexuales analizada en este estudio, ha demostrado presentar una relación significativa con los pensamientos y conductas suicidas (Kim y Leventhal, 2008). También se ha observado esta relación entre la victimización por iguales y el consumo de sustancias nocivas en los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales (Reisner et al., 2015). Sin embargo, los estudios sobre experiencias de victimización sexual en la infancia y la adolescencia, otra experiencia adversa altamente frecuente en el colectivo analizado en el presente estudio, también han constatado esta relación con el suicidio (Devries et al., 2014; Ng et al., 2018), así como con los problemas de abuso de sustancias (Fletcher, 2020). Ahora bien, los jóvenes LGB presentan, en general, un mayor uso de estas sustancias, que se ha vinculado al propio estrés de pertenecer a una minoría, que también debe tenerse en cuenta (Goldbach et al., 2014).

Asimismo, estudios previos han encontrado que los jóvenes de minorías sexuales suelen ser más curiosos sexualmente online (Dehaan et al., 2013), y utilizar las TIC para explorar y expresar su sexualidad (Hillier et al., 2012), así como presentar una mayor prevalencia en conductas de riesgo, como mantener conversaciones sexuales con desconocidos y compartir fotografías sexuales (Ybarra y Mitchell, 2016). Un estudio reciente centrado en las experiencias de *sexting* de jóvenes LGB constata que el riesgo es mucho mayor en este colectivo, abogando por programas educativos sobre *sexting* como medida de prevención (Van Ouytsel et al., 2021).

En síntesis, son muchos los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales que viven un elevado número de experiencias adversas a lo largo de su desarrollo en nuestro país, incluyendo experiencias de victimización interpersonal, que se acumulan y conllevan problemas psicosociales y de salud mental. Estudios internacionales muestran que una reducción de un 10 % de estas experiencias adversas en la población supondría un enorme ahorro en los costes públicos que estos problemas de salud generan (Bellis et al., 2019). La prevención es, por tanto, una asignatura pendiente que debe dirigirse para toda la población pero, especialmente, tal y como indican los resultados, para aquellos jóvenes que se identifican con una minoría sexual y que, como se ha demostrado, presentan significativamente mayor prevalencia de experiencias

adversas.

Por último, cabe destacar que el respeto y la defensa de los derechos del colectivo analizado se encuentran en constante actualización y debate. Según datos de la última encuesta realizada por la Comisión Europea, existe una marcada diferencia entre los países en este sentido, ocupando España el tercer puesto con un 91 % de los ciudadanos que aboga por la igualdad de derechos (Eurobarómetro, 2019). En este contexto, contar con datos actuales sobre las experiencias de violencia que han sufrido los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales aporta información relevante para atender efectivamente sus necesidades.

8. Conclusiones

El presente estudio ha tenido como objetivo incrementar el conocimiento científico sobre las experiencias adversas que deben afrontar los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales a lo largo de su vida, con la intención de hacerlas visibles y sensibilizar a la población para avanzar en la reducción y eliminación de las desigualdades y la discriminación que con frecuencia experimentan, junto con las experiencias de violencia, que se pueden combinar y aumentar sus efectos adversos en la salud.

- Con relación a las primeras dos hipótesis, se constata que los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales encuestados presentan una mayor prevalencia de experiencias adversas a lo largo de su vida, vinculadas tanto al entorno familiar y comunitario como a formas múltiples de victimización interpersonal, que los jóvenes heterosexuales.
- Asimismo, desde la perspectiva de la polivictimización, los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales reportan una mayor frecuencia de acumulación de experiencias adversas, vinculadas tanto al entorno familiar y comunitario como a formas múltiples de victimización, que les sitúan en un alto riesgo de desajuste.
- En relación con la tercera y cuarta hipótesis, aquellos jóvenes LGB que reportan experiencias adversas y, especialmente una acumulación de estas, también presentan una mayor prevalencia de problemas de salud y conductas de riesgo sanitario, confirmándose, una vez más, esta relación. Así, indican consumir medicamentos sin receta médica; utilizar internet, el teléfono móvil o cualquier otra TIC para enviar o colgar material íntimo o sexual propio o buscar contacto sexual online con desconocidos; y tener pensamientos o conductas suicidas.

Es necesario, por tanto, abordar las implicaciones de las dificultades de salud de esta población, así como las experiencias de victimización, y cómo esta problemática está asociada con el estigma multinivel —individual, interpersonal y estructural— hacia este colectivo y sus mecanismos y estresores como determinantes de la salud (Hatzenbuehler y Pachankis, 2016). Por tanto, se reafirma la importancia de desarrollar una comprensión integral de los procesos psicosociales que representan estos factores de vulnerabilidad, si se quiere atender las necesidades de este colectivo.

9. Propuestas

En primer lugar, es importante crear y potenciar factores de protección frente a las experiencias adversas reportadas por los jóvenes de minorías sexuales, como un **clima favorable en las instituciones educativas** ya que, a menudo, las personas LGB experimentan relaciones sociales diferenciales y discriminatorias en los entornos educativos, que van desde formas más sutiles a otras más explícitas y violentas como las reportadas. Estos jóvenes suelen estar más expuestos al estigma (Madireddy y Madireddy, 2020) y a climas escolares hostiles, mayor absentismo y un peor rendimiento académico asociado a sus experiencias (Szymanski y Bissonette, 2020). Para paliar y contribuir a revertir esta situación es posible realizar intervenciones que se han mostrado eficaces según la evidencia previa: **clubes de apoyo** para estudiantes pertenecientes a minorías sexuales o **grupos de alianza** entre heterosexuales y minorías, **políticas de inclusión** en materia de orientación sexual y de identidad de género, y **currículos escolares inclusivos** que aborden y trabajen la orientación sexual y la identidad de género (Burk et al., 2018; Hatzenbuehler y Keyes, 2013). Todo esto debe hacerse con un compromiso y una implicación real y sostenida en el tiempo por parte de los miembros del centro educativo, dado que es un aspecto fundamental para garantizar su efectividad (Hall, 2017).

A escala aplicada este clima favorable puede fructificar mediante mecanismos como la seguridad y el vínculo de estos alumnos con la escuela, estructura disciplinaria definida, red de apoyo entre los profesores y los estudiantes, colaborar con las familias y elevadas expectativas académicas (Voigth et al., 2015).

De la misma forma, también es necesario que los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales puedan contar no solo con el **apoyo de compañeros de confianza**, sino también con el **apoyo de adultos de confianza**, que ha demostrado tener un efecto positivo (Colvin et al., 2019), y los cuales, además, a menudo también están vinculados al contexto educativo. Este apoyo está asociado con un mayor compromiso y un menor uso de sustancias entre las minorías sexuales e incluso puede contribuir a potenciar su bienestar.

Por último, en cuanto a la victimización motivada por el prejuicio, la discriminación o el odio, las **políticas institucionales y los estatutos** sobre este fenómeno reconocen las problemáticas existentes hacia estos colectivos en las instituciones educativas y en los campus universitarios, los cuales pueden contribuir de forma importante a que estos espacios sean más solidarios y seguros, y a reducir la incidencia de experiencias de victimización (Stotzer, 2010).

10. Puntos fuertes y limitaciones del estudio

El principal punto fuerte de este proyecto es la utilización de un protocolo de evaluación que incluye múltiples experiencias adversas y de victimización a lo largo del ciclo vital, favoreciendo el análisis comprensivo del impacto de estas experiencias en la salud física y psicosocial del individuo. Se trata del primer estudio en nuestro país que ha empleado el instrumento ACE, en su versión aprobada por la OMS, el cual no solo permite evaluar de forma retrospectiva las experiencias adversas y las formas de victimización interpersonal y las posibles consecuencias en la salud derivadas de estas experiencias, sino que permite también la comparación de los resultados con un gran número de países que ya han aplicado este instrumento. Así, la adaptación de las ACE al contexto sociocultural nacional para su aplicación, por primera vez, en población española, convierte este trabajo en pionero en nuestro país. Asimismo, la adaptación del instrumento incluye la incorporación de ítems para evaluar otras formas de victimización que nos permitirán identificar y analizar los casos de acumulación de experiencias adversas y su efecto en la salud física y psicosocial del individuo. La novedad recae al incorporar nuevas variables de victimización que no son contempladas en estudios previos con las ACE.

Respecto a las limitaciones, el estudio es transversal, lo que nos imposibilita establecer relaciones causales en las asociaciones halladas entre experiencias adversas y de victimización y los síntomas de desajuste observados en el colectivo analizado. Al mismo tiempo, la muestra está configurada por estudiantes de una única universidad, que no tienen por qué representar a otros jóvenes adultos. Así, la generalización de los resultados se encuentra altamente limitada. Una tercera limitación es el carácter retrospectivo y el autorreporte de las experiencias adversas y de victimización, que puede comportar sesgos en el recuerdo de los participantes. Estudios previos han alertado de que este tipo de medidas conllevan, con una alta probabilidad, una infraestimación de las experiencias adversas, en lugar de una sobreestimación de las mismas (Hardt y Rutter, 2004). Asimismo, los estudios de *test-retest* con las ACE indican una buena estabilidad temporal de las respuestas (Dube et al., 2004). Sin embargo, hay que decir que estudios previos alertan de que las personas LGB pueden estar más sensibilizadas ante la revelación de experiencias de

violencia, lo que también puede estar sesgando los resultados y mostrando un perfil más victimizado en este colectivo (Austin et al., 2016). Por último, el tamaño muestral no nos ha permitido estratificar los datos por género u orientación sexual específica LGB, aunque se ha demostrado que son variables importantes a tener en cuenta (Andersen y Blosnich, 2013).

11. Referencias bibliográficas

- Andersen, J. P., & Blossnich, 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: OMS Oficina Regional para Europa. <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 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 lesbians, 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.

- Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña, COPC. (2015). *Código deontológico*. Barcelona, España: Autor.
- 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 estress, 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*. Comisión Europea.
- 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. En Davis, R. C., Luirigio, AJ, & 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.
- Flente, 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. En: 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., Machek, 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. En *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 US. *Journal of LGBT Youth*, 9, 225–246.
- Lo, 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*. En 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, España: 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 educational 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 Abandono de los Niños. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf
- OPS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Washington, DC. 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
- 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., Guillerá, G., Fornos, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(4), p. 328-338.
- Pezzella, F. S., Fetzer, 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: OMS Oficina Regional para Europa.
<http://www.euro.who.int/ fecha/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., Asad, 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), p. 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 59th 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.