

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Perfil sociodemográfico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre del 2023

Trabajo final de graduación sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado de Especialidades Médico Forenses para optar por el Título de Especialista en Medicina Legal

Dra. Suzanne Ching Yu

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

DEDICATORIA

A mi familia y seres queridos quienes han sido un apoyo incondicional y presente.

Amelia y Helena, que son la luz del camino y la sombra ante el impasible calor del día.

Arturo por siempre estar presente, en las buenas, en las malas, aún cuando los momentos fueron más frágiles.

A mi padre y hermanos que representan el pilar que nunca desfalleció a través del tiempo ni las situaciones.

En memoria de mi madre, la mujer más fuerte y noble que he conocido, que aún al día de hoy me brinda su amor día con día.

"Seek happiness in tranquillity, and avoid ambition, even if it be only the apparently innocent one of distinguishing yourself in science and discoveries" Frankenstein, M. Shelley

"I did not pretend to enter into the merits of the case, yet I inclined towards the opinions of the hero, whose extinction I wept, without precisely understanding it" Frankenstein, M. Shelley

AGRADECIMIENTO

A todos mis tutores y tutoras, quienes de diferentes maneras me brindaron gran aprendizaje a través de este posgrado y a quienes agradezco por todos y cada uno de sus aportes.

Un especial agradecimiento a la Dra. Sandra Solórzano Herra, tanto durante el proceso de ser tutora de carrera y como directora de trabajo final de graduación, sin todo su apoyo, ahínco y calidez humana, esto no hubiese sido posible.

A todas y todos los residentes con quienes he tenido la oportunidad de compartir y aprender de cada uno de los matices humanos y profesionales. A Tatiana y Melissa, con quienes tuve la dicha de recorrer cada peldaño de esta residencia, mi más sincero cariño.

“Shoot all the bluejays you want, if you can hit ’em, but remember it’s a sin to kill a mockingbird.” To Kill A Mockingbird, H. Lee

HOJA DE APROBACIÓN

Este trabajo final de graduación fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Especialidades Médico Forenses de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Medicina Legal.

Validar Firma digital
Zaray Miranda Chacón

~~Ced. 1-1359-0318~~

[Grado académico y nombre completo]

Decano (a) o Representante del/de la Decano(a)
Sistema de Estudios de Posgrado

Dra. Sandra Solórzano Herra.

Directora

Dr. Franz Vega Zúñiga.

Lector

Dr. Carlos Paniagua Barrantes.

Lector

Dr. Willem Buján Boza.

Director Coordinador del Programa
Posgrado en Especialidades Médico Forenses

Dra. Suzanne Ching Yu.

Sustentante

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
HOJA DE APROBACIÓN.....	iv
TABLA DE CONTENIDO.....	v
ÍNDICE DE CUADROS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiv
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1 El problema y su importancia.....	15
1.2 Justificación.....	19
1.3 Pregunta de investigación.....	22
1.4 Objetivos.....	22
1.4.1 Objetivo General.....	22
1.4.2 Objetivos Específicos.....	22
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 Conceptualización de los derechos sexuales, sexualidad y patrones sociales.....	23
2.2 Conceptualización de la violencia sexual.....	25
2.3 Aspectos históricos de las agresiones sexuales a lo largo del tiempo.....	31

2.3.1 Prehistoria (25 000 000 a.C. a 4000 a.C.) (Fraile, 2020).....	31
2.3.2 Edad Antigua (4000 a.C. hasta 476 d.C.).....	32
2.3.3 Edad Media (476 d.C. hasta el siglo XV).....	36
2.3.4 Edad Moderna (Siglo XV hasta 1789).....	38
2.3.5 Edad Contemporánea (1789 hasta la actualidad).....	39
2.4 Conceptualización de la violencia sexual en hombres.....	43
2.4.1 La violencia sexual como un delito de poder.....	43
2.5 Marco jurídico costarricense.....	46
2.6 Victimología de los hombres agredidos sexualmente.....	50
2.7 Factores sociodemográficos de riesgo asociados a delitos sexuales en hombres.....	54
2.8 Anatomía y Fisiología de la región genital y paragenital masculina.....	66
2.8.1 Anatomía de la región genital y paragenital masculina.....	66
2.8.2 Fisiología de la erección.....	74
2.8.3 Valoración de la capacidad de erección.....	79
2.9 Valoración médico-legal de la lesionología traumática de la región genital, paragenital y extragenital masculina.....	82
2.9.1 Aspectos médicos legales de la valoración de delitos sexuales.....	82
2.9.2 Lesionología traumática de los delitos sexuales en hombres.....	92
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	101
3.1 Enfoque Metodológico.....	101

3.2 Fuentes de Investigación.....	101
3.3 Operacionalización de variables.....	105
3.3.1 Clasificación de variables.....	107
3.4 Instrumento de recolección de datos.....	108
3.5 Cronograma de actividades 2024-2025.....	117
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	119
4.1 Criterios sociodemográficos documentados en los hombres valorados por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense durante el periodo de diciembre del 2018 a enero del 2023 inclusive.....	119
4.1.1 Distribución geográfica por provincia y cantón.....	119
4.1.2 Edad.....	129
4.1.3 Estado Anterior y Posterior.....	130
4.2 Criterios lesionológicos documentados en los hombres valorados por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense durante el periodo de diciembre del 2018 a enero del 2023 inclusive.....	133
4.2.1 Lesiones extragenitales.....	133
4.2.1 Lesiones paragenitales.....	135
4.2.3 Lesiones genitales.....	136
4.3.1 Historia Clínica vs. Hallazgos al Examen Físico.....	140
4.3.2 Naturaleza del trauma, del mecanismo de trauma, la concordancia anatómica y el encadenamiento anatomoclínico.....	142
4.3.3 Adecuación temporal.....	145

4.3.5 Exclusión de otras causas.....	147
4.4.1 Tiempo transcurrido desde los hechos denunciados y la valoración médico legal.....	149
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	151
CAPÍTULO VI. CRITERIOS DE VALORACIÓN PERICIAL MÉDICO-LEGAL EN LOS CASOS DE DELITOS SEXUALES EN HOMBRES.....	153
6.1 Historia Médico Legal.....	153
6.2 Examen Físico.....	153
6.3 Adecuación temporal y causalidad médico-legal.....	154
6.4 Recolección de indicios.....	154
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	156
CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES.....	158
REFERENCIAS.....	159

RESUMEN

Esta investigación analizó 142 dictámenes médico-legales de delitos sexuales contra hombres en Costa Rica, con el objetivo de identificar patrones clínicos, sociodemográficos y forenses en la valoración de estas víctimas. Se adoptó un enfoque cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, centrado en la revisión documental de dictámenes médico-legales y se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, temporales y jurídicas mediante estadística descriptiva.

En el marco teórico, se exploraron los conceptos de violencia sexual, victimización masculina, factores sociales y culturales asociados al subregistro, así como los protocolos médico-forenses aplicados en la valoración de víctimas. Se evidenció la invisibilización de los hombres en la investigación y en las políticas públicas, lo que limita la comprensión de la magnitud del problema. En los resultados, se observó que la mayoría de víctimas fueron niños y adolescentes, con un pico de incidencia a los 11 años. Las lesiones más frecuentes fueron anales (fisuras y cicatrices crónicas), mientras que las extragenitales fueron poco comunes. La relación de causalidad médico-legal fue coherente en el 92.96 % de los casos; sin embargo, existieron dificultades para establecer la adecuación temporal en situaciones de denuncia tardía, algunas de hasta 14 años posteriores al hecho. La discusión destacó las limitaciones en la documentación de variables como estado anterior y posterior, y la importancia de fortalecer la formación médico-forense. Asimismo, se resaltó la urgencia de visibilizar la violencia sexual masculina, promover la denuncia temprana y garantizar cobertura equitativa de los servicios forenses. En conclusión, los dictámenes médico-legales constituyen un pilar para la objetivación del delito de violación en hombres.

ABSTRACT

This research analyzed 142 forensic medical reports of sexual crimes against men in Costa Rica, with the aim of identifying clinical, sociodemographic, and forensic patterns in the evaluation of these victims. A quantitative, descriptive, and retrospective approach was adopted, focused on the documentary review of forensic medical reports. Sociodemographic, clinical, temporal, and legal variables were analyzed using descriptive statistics.

In the theoretical framework, concepts of sexual violence, male victimization, social and cultural factors associated with underreporting, as well as the medico-legal protocols applied in victim assessment were explored. The invisibility of men in research and public policies was evidenced, which limits the understanding of the magnitude of the problem.

In the results, it was observed that most victims were children and adolescents, with a peak incidence at age 11. The most frequent injuries were anal (fissures and chronic scars), while extragenital injuries were uncommon. The medico-legal causal relationship was consistent in 92.96 % of cases; however, difficulties were found in establishing temporal adequacy in cases of delayed reporting, some occurring up to 14 years after the event.

The discussion highlighted the limitations in documenting variables such as prior and subsequent condition and the importance of strengthening medico-legal training. It also emphasized the urgency of making male sexual violence visible, promoting early reporting, and ensuring equitable coverage of forensic services.

In conclusion, forensic medical reports constitute a cornerstone for the objectification of the crime of rape against men.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Países con mayor incidencia de violaciones denunciadas por cada 100 000 habitantes	29
Cuadro 2 Delitos sexuales en hombres por año registrados en el Instituto Nacional de Estadística de España.....	57
Cuadro 3 Cuadro operacional de variables asociadas a los objetivos específicos de la investigación.....	105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por provincia en el periodo de 2018 a 2023.....	120
Gráfico 2 Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de San José en el periodo de 2018 a 2023.....	122
Gráfico 3 Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Heredia en el periodo de 2018 a 2023.....	124
Gráfico 4 Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Alajuela en el periodo de 2018 a 2023.....	126
Gráfico 5 Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Limón en el periodo de 2018 a 2023.....	127
Gráfico 6 Número de casos por rango de edad atendidos en la CMF en el periodo del 2018 al 2023.....	129
Gráfico 7 Distribución porcentual por edad de los casos atendidos en la CMF en el periodo de 2018 a 2023.....	130
Gráfico 8 Número de casos atendidos en la CMF en el periodo del 2018 al 2023 según Estado Anterior o Posterior.....	131
Gráfico 9 Distribución porcentual según Estado Anterior o Posterior de los casos atendidos en la CMF en el periodo de 2018 a 2023.....	132
Gráfico 10 Distribución porcentual de lesiones extragenitales valoradas en la CMF en el periodo del 2018 al 2023.....	133
Gráfico 11 Distribución porcentual según tipo de lesiones extragenitales valoradas en la CMF en el periodo del 2018 al 2023.....	134

Gráfico 12 Distribución porcentual de lesiones paragenitales valoradas en la CMF en el periodo del 2018 al 2023.....	135
Gráfico 13 Distribución porcentual de lesiones genitales valoradas en la CMF en el periodo del 2018 al 2023.....	136
Gráfico 14 Distribución porcentual de tipo de lesiones genitales valorados en la CMF en el periodo del 2018 al 2023.....	137
Gráfico 15 Historia médico legal vs. Hallazgos al Examen Físico.....	141
Gráfico 16 Relación con la naturaleza del trauma, del mecanismo de trauma la concordancia anatómica y el encadenamiento anatomoclínico.....	143
Gráfico 17 Adecuación temporal.....	145
Gráfico 18 Exclusión de Estado Anterior.....	146
Gráfico 19 Exclusión de otras causas.....	147
Gráfico 20 Casos de acuerdo al delito descrito en la historia médico legal.....	148

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por provincia en el periodo de 2018 a 2023.....	121
Figura 2 Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de San José en el periodo de 2018 a 2023.....	123
Figura 3 Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Heredia en el periodo de 2018 a 2023.....	125
Figura 4 Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Alajuela en el periodo de 2018 a 2023.....	126
Figura 5 Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Limón en el periodo de 2018 a 2023.....	128

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 El problema y su importancia

La Medicina legal sexológica o Sexología forense abarcaba los temas y problemas médico-legales relativos al instinto sexual y su generación, los cuales corresponden a las bases del conocimiento médico utilizadas para la resolución de los delitos sexuales y la problemática entorno a los mismos. Dentro del marco de la Sexología forense, el estudio desde el punto de vista biológico se centra esencialmente en:

- Delitos contra la libertad sexual
- Matrimonio
- Aborto delictivo (Cañadas, 2018)

Este trabajo final de graduación se centra en los delitos contra la libertad sexual, debido a que corresponde a un tipo de delito de importancia desde la perspectiva médica, legal y social debido a diversos factores:

- El delito sexual en hombres difiere significativamente de la de las mujeres debido a los estereotipos de género y las percepciones sociales (Davies & Rogers, 2006).
- La frecuencia con la que se realizan denuncias por delitos sexuales; la cual se ha condicionado debido a un aumento real en este tipo de delitos y a la concientización de la víctimas de estas agresiones y su necesidad de denunciar y exponer su caso ante las autoridades (Cañadas, 2018).
- Las consecuencias que pueden producir las agresiones en delitos sexuales; pueden presentar un amplio abanico de posibilidades, desde lesiones graves, secuelas físicas, funcionales y psicológicas (que incluyen síndrome de estrés postraumático, depresión, el consumo de sustancias de abuso, y somatización, entre otros), el contagio de enfermedades de transmisión sexual e incluso la muerte (Cañadas, 2018;

Dworkin et al., 2017; Weaver et al., 2009).

- No existen hallazgos patognomónicos o exclusivos en relación con delitos sexuales a la exploración, debido a que la ausencia de signos durante el examen físico no descarta el abuso o violación (Castillo-Corrales et al., 2022).
- La dinámica de los delitos sexuales que se relacionan como un fenómeno asociado al poder y dominación (Parlafox, 2018) (UOC, 2020). En el caso de los hombres que sufren de este tipo de delitos, se ha estimado que puede ameritar un promedio de 20 años para manifestar su historia de delito sexual, debido al estigma inducido por las normas tradicionales de la masculinidad hegemónica (Easton et al., 2014).

Sobre los delitos sexuales, hasta recientemente se ha visibilizado el hecho de que los hombres pueden ser víctimas también de este tipo de delito (King, 2000). Aunque los delitos sexuales se han documentado previamente en centros penales (Sagarin, 1976; Anderson, 1982) y otro tipo de instituciones (Goyer & Eddleman, 1984), se hipotetizaba que los delitos sexuales cometidos en comunidad eran poco frecuentes, debido a que las estadísticas disponibles apoyaban esta creencia en un fenómeno poco usual. En países como Inglaterra, se valora como posibilidad que existiese un subregistro de casos debido a que, hasta 1994, la legislación definía únicamente la penetración forzada del pene en la cavidad vaginal, y posterior a dicha fecha se incluyó como parte de la tipificación, la penetración forzada anal por un pene (King, 2000).

En cuanto los eventos de abuso sexual en niños, la Organización Mundial de la Salud lo define como que consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona.

Desde la perspectiva nacional, el abuso sexual infantil corresponde a la causa más común de violencia intrafamiliar en menores de edad en Costa Rica (Ministerio de Salud de Costa Rica,

2014), quienes frecuentemente experimentan múltiples formas de victimización (Adams et al., 2018). Las víctimas menores de edad tienden a ser abusadas crónicamente y su reporte suele ser tardío (Cohen y Cob, 2019), por lo que es de suma importancia que su sospecha y valoración deban efectuarse de forma temprana.

La definición y conceptualización del delito sexual en hombres difiere significativamente de la de las mujeres, debido a los estereotipos de género y las percepciones sociales arraigadas. Es crucial establecer una definición clara que reconozca la diversidad de experiencias masculinas y rompa con los mitos tradicionales de la masculinidad que desestiman o minimizan la posibilidad de violación en hombres (Davies & Rogers, 2006).

A su vez, la literatura internacional ha evidenciado una prevalencia variable de la incidencia de casos de abuso sexual en hombres, sin embargo, la tendencia es al incremento a través de los años. (Poirson et al., 2023)

En Estados Unidos, la Encuesta Nacional de Pareja y Violencia Sexual de 2016/2017 donde participaron 15152 mujeres y 12419 hombres, evidenció que el 30.7 % (3813) de los hombres reportaron haber sido víctimas en algún momento de violencia sexual, y de este porcentaje 1 de cada 26 hombres (3.8 %) manifestó haber sido víctima de tentativa de violación o violación en algún momento de su vida, y un 0.3 % manifestó haber sido víctima de violación en los últimos 12 meses previo a la encuesta (Leemis et al., 2022). En un estudio de Barbados y Grenada, con una muestra de 662 niños y adolescentes hombres, y 689 niñas y adolescentes mujeres; se documentó que los niños y adolescentes masculinos presentaban mayor incidencia de abuso sexual por parte de personas externas a su familia, o de su propia familia, que la población femenina estudiada (Debowska et al., 2018). Una revisión de 12710 artículos de Asia, evidenció que la prevalencia estimada de abuso sexual infantil en niños oscila entre el 1.7 % y el 49.5 % (Solehati et al., 2021), mientras que en la escala mundial se ha establecido de un 3 % a un 17 % (Barth et al., 2013); y a pesar de estas estadísticas, que es conocido tienen un sesgo debido a que pocos hombres denuncian este tipo de delitos, el abuso sexual en la población masculina sigue siendo subestimado. (Poirson et al., 2023)

El subregistro de casos de delitos sexuales en hombres, y la ausencia de denuncia de este tipo de casos por sus víctimas se relacionan con múltiples factores, desde el concepto de la masculinidad

en el individuo y la sociedad, la percepción por parte de la víctima de lo que considera o no como un delito sexual, el acceso a las entidades que brinden atención médica y judicial para este tipo de casos, hasta la personalización de la atención de casos de delitos sexuales, los cuales generalmente están enfocados en víctimas femeninas; entre otros múltiples factores. Es importante de visibilizar las necesidades y carencias de los hombres en relación a la atención de este tipo de casos, con el fin de incentivar a la víctimas a ser atendidas y a denunciar; y para generar un sistema equitativo en la atención de víctimas de delitos sexuales, tanto hombres como mujeres.

Un estudio de la prevalencia de delitos sexuales a nivel mundial, desde el 2010 al 2020, el cual analizó 22 estudios (21 de Europa, 11 de África y 6 de Asia y Latinoamérica), determinó una prevalencia de delitos sexuales en hombres de 0.3 % a 55.5%, con una puntuación de riesgo de sesgo promedio de 5.7 de 10. Las diferencias de prevalencia de delitos sexuales en las regiones mundiales han sido documentadas también por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales podrían afectar diversos factores, desde la perspectiva ecológica (definida como los factores ambientes capaces de afectar el comportamiento y desarrollo humano) hasta la sociocultural (como las normas culturales y patriarcales) (Dworkin et al., 2020) (OMS, 2017). Las estadísticas y estudios en relación a delitos sexuales a nivel internacional hacen énfasis en delitos sexuales en donde las víctimas son mujeres o niños, pero en el caso de los hombres no se observan amplias bibliografías ni estadísticas, excepto en los efectuados en delitos sexuales en hombres durante conflictos armados o en centros penales.

A nivel nacional, de acuerdo al Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), la tasa de delitos sexuales se ha incrementado; de tal manera que, en 1990, la tasa era de 52 delitos sexuales por cada 100 000 habitantes, y en 2007 aumentó a 122 casos por cada 100 000 habitantes. (INAMU, 2011). El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) evidenció que, durante el 2012, se presentaron 625 condenas por delitos sexuales, de las cuales 617 correspondían a imputados y 8 imputadas (INEC, 2012).

Según los datos estadísticos del Observatorio de Violencia de Género contra las mujeres y acceso a la justicia del Poder Judicial, en el 2004 se documentaron 1670 denuncias por violación, y en el 2022 se presentaron 1675 denuncias por violación, manteniendo cifras similares durante ese

periodo de tiempo (entre el 2004 y 2022), y con un descenso durante el 2006 de 1311 denuncias, y un incremento durante el 2019 de 1890 denuncias. En el 2022, las estadísticas evidenciaron que, de los casos ingresados por delitos sexuales al Ministerio Público, en el 13% (1043 casos), las personas ofendidas eran hombres (Observatorio de violencia de género contra las mujeres y acceso a la justicia, 2022). No se evidencian datos que describan estadísticas de delitos sexuales en hombres que detallen el porcentaje de hombres menores de edad y mayores de edad como presuntas víctimas.

Dado lo descrito, se destaca la importancia del estudio y análisis de la valoración de los hombres víctimas de delitos sexuales, pues constituyen un problema de salud pública significativo; y desde el punto de vista médico-legal, el diagnóstico de estos casos constituye un desafío. En estos casos, las manifestaciones clínicas pueden ser muy variables, especialmente en la población pediátrica, por lo que es necesario el estudio y análisis de la denuncia, y la historia médico legal, junto con el conocimiento del marco lesionológico y los hallazgos que pueden evidenciarse en este tipo de casos para un peritaje integral y útil para la administración de la justicia.

El análisis de la perspectiva sociocultural y factores sociodemográficos son muy importantes para conocer la amplitud de estos casos. El profesional en medicina legal en su función como perito debe, no sólo conceptualizar la problemática de salud pública que los abusos sexuales representan, sino también el trasfondo desde la esfera biopsicosocial en la que se encuentra envuelta y, con ello, la caracterización y tipificación de conceptos que permitan un análisis integral de este tipo de delitos, a fin de aportar fundamentos más precisos y objetivos en aras de la administración de la justicia.

1.2 Justificación

Se sabe que el término y la definición de violación son una creación jurisprudencial para la determinación y tipificación de los delitos de índole sexual. Desde el punto de vista médico-legal, la valoración médico-legal pronta, precisa y detallada, es imprescindible para una administración correcta de la justicia. Es muy importante conocer la anatomía normal y sus variantes en relación con la edad y sexo de la persona a valorar, las posibles lesiones y mecanismos de trauma según el suceso, y los hechos narrados que denuncia la persona, así como las condiciones clínicas, epidemiológicas y socioculturales implicadas en cada caso, las cuales

deben detallarse al momento de la toma de la historia médico legal, y de la exploración durante el examen físico.

En los casos de delitos sexuales en hombres, se ha evidenciado a nivel mundial un incremento en los casos y denuncias sobre delitos sexuales, en relación con diferentes factores, desde la concientización hasta las modificaciones en las distintas legislaciones a nivel mundial que previamente no conceptualizaban las características de este tipo de delitos. Sin embargo, también se ha reflejado a nivel mundial la falta de información en general (tipificación, factores sociodemográficos, lesionología, tiempo entre los hechos denunciados, la denuncia y valoración, posibles secuelas, estadísticas, entre otros); y a su vez, la literatura ha evidenciado que en los casos de delitos sexuales en hombres se han documentado secuelas tanto físicas como psicológicas que previamente no se habían considerado por distintos sesgos, y las cuales actualmente se han descrito como complejas y de difícil abordaje y manejo. Aunado a esto, no existen protocolos de abordaje, o criterios judiciales en este tipo de delitos en hombres, ya que la atención y protocolos de este tipo de casos se enfatizan en mujeres. Desde la perspectiva médico-legal, el estudio de los factores sociodemográficos y la lesionología en los delitos sexuales en hombres se considera importante debido a que genera herramientas necesarias para la descripción del delito y la posibilidad de establecer nexos de causalidad en este tipo de casos.

El estudio de los factores sociodemográficos, lesionológicos y secuelas es importante a fin de documentar las estadísticas que evidencien el incremento en las denuncias y puedan mitigar el subregistro de este tipo de casos. Esto impulsaría el desarrollo de políticas en salud, aplicaciones en la salud pública, y facilitaría la capacitación en la sociedad médica y en las distintas entidades del estado enfocadas hacia esta población, que no ha sido visibilizada y es vulnerable, tanto por el riesgo de sufrir este tipo de delitos como por su revictimización o no denuncia cuando han sido victimizadas.

En el ámbito nacional, se cuenta con el Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas Víctimas de Violación Sexual en las Primeras 72 Horas, coordinado por el Poder Judicial y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con la participación del Ministerio Público, el Organismo de Investigación Judicial (OIJ), el Departamento de Medicina Legal, el Sistema de Emergencias 9-1-1, la Fuerza Pública, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), el Ministerio de Justicia y Paz y la Cruz Roja Costarricense, entre otras entidades competentes. Este protocolo resulta especialmente relevante en los casos de violación con contacto genital que generen riesgo de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), siempre que la denuncia ocurra dentro del intervalo de 72 horas, lo que posibilita ofrecer tratamiento profiláctico antirretroviral, así como otras intervenciones médicas y psicosociales oportunas. No obstante, su aplicación se restringe a este grupo de víctimas, lo que refuerza la necesidad de investigaciones orientadas a visibilizar y analizar a la población masculina víctima de delitos sexuales, en particular a quienes denuncian fuera de este período o cuyos casos no cumplen con los criterios clínicos establecidos en dicho protocolo.

Las valoraciones periciales que realiza el personal médico forense del Departamento de Medicina Legal son de gran importancia porque permiten documentar la presencia o ausencia de lesiones y alteraciones al examen físico, las cuales se consignan en un dictamen médico-legal. Dicho dictamen constituye un instrumento técnico-científico objetivo, que puede ser utilizado por la autoridad judicial como elemento de prueba relevante en la resolución de un proceso penal por delitos sexuales. Estos hallazgos conforman una serie de datos objetivos que resultan fundamentales para el establecimiento de la relación de causalidad entre los hechos denunciados y las evidencias clínicas observadas.

Para el perito forense, la documentación minuciosa de las lesiones o de su ausencia, así como la recolección de indicios biológicos de acuerdo con la historia médico-legal relatada por la persona ofendida, son aspectos cruciales para garantizar una adecuada administración de justicia. Una valoración completa, junto con el conocimiento especializado de la posible lesionología en este tipo de casos, constituye parte esencial de la labor y la formación del personal médico forense. En este sentido, este trabajo busca generar un aporte con valor teórico en relación con los delitos sexuales cometidos contra hombres, y desarrollar recomendaciones para su abordaje médico-legal con base en criterios clínicos, epidemiológicos y periciales.

Asimismo, se pretende ofrecer una utilidad metodológica mediante la definición de parámetros clínicos y sociodemográficos que contribuyan al establecimiento objetivo y fundamentado de la caracterización de estos casos, de manera que las lesiones y hallazgos documentados permitan

establecer nexos de causalidad. Este esfuerzo busca que los resultados puedan ser aplicables a futuro para los médicos forenses que laboran en el ámbito clínico del Departamento de Medicina Legal de Costa Rica, fortaleciendo así la calidad y utilidad de los dictámenes periciales en los procesos judiciales.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es el perfil sociodemográfico y la lesionología documentada en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense, de enero 2018 a diciembre del 2023?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Analizar el perfil sociodemográfico, epidemiológico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de delitos sexuales en población masculina valorados en la Sección de Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre del 2023

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Determinar los factores de riesgo, criterios sociodemográficos y epidemiológicos que se relacionan con la presencia de delitos sexuales en hombres.
2. Describir los hallazgos clínicos y lesionológicos asociados con casos de delitos sexuales en hombres y su relación para el establecimiento de un perfil lesionológico desde el punto de vista médico-legal.
3. Proponer criterios de valoración pericial médico-legal para el abordaje de delitos sexuales en hombres y el establecimiento de un nexo de causalidad.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Conceptualización de los derechos sexuales, sexualidad y patrones sociales

Al abordar la temática de los derechos sexuales, Alice Miller describe que existen tres perspectivas de aproximación al tema de los derechos sexuales: la evolutiva, la devolutiva y la revolucionaria. Sobre la perspectiva evolutiva, busca aplicar los derechos ya existentes a grupos humanos antes olvidados (como las personas trabajadoras del sexo) y a situaciones antes no consideradas (como la elección de una pareja del mismo sexo); en estos casos se les otorga los derechos ya existentes para responder a los distintos aspectos de las necesidades sexuales (Miller, 2002).

En el caso de la perspectiva devolutiva, se enfoca en la identificación de los derechos sexuales por reclamos de grupos humanos específicos, considerando que sólo a éstos les corresponden. La perspectiva revolucionaria, por su parte, busca reivindicar el concepto de igualdad, evitando la discriminación y enfatizando en la dignidad de las personas; esto debido a que los derechos son interdependientes en su realización y aplicación, por lo que la participación de cada individuo y grupo es de suma importancia para identificar los temas que le afectan (Miller, 2002).

De tal manera, la perspectiva evolutiva y la perspectiva revolucionaria se centran en un enfoque de derechos que busca proteger tanto los ámbitos de la sexualidad y la reproducción (Villanueva, 2006).

En los casos en donde se ven violentados los derechos y libertades de una persona, el Estado es partícipe en intervenir, proteger a la víctima y buscar resarcir las lesiones o daños que hayan sufrido a causa del delito. El delito se define como el quebrantamiento de la ley (Real Academia Española, 2014, definición 1), o la acción u omisión voluntaria o imprudente que es penada por ley (Real Academia Española, 2014, definición 3). En el caso del delito sexual, se determina que es el delito consistente en realizar actos contra la libertad sexual de una persona (Real Academia Española, 2014, definición 1), mientras que se establece que la agresión sexual consiste en el delito cometido por una persona que provoque que otra persona lleve a cabo un acto urogenital, o una penetración sexual vaginal o anal ya fuere esta genital, digital o por medio de algún objeto o instrumento (Real Academia Española, 2014, definición 2; Cañadas, 2018).

Actualmente, como resultado de la creciente visibilidad y los avances en la agenda de género que busca el reconocimiento de los derechos de la mujer en tanto a los derechos humanos, se ha generado una concientización sobre múltiples asuntos, entre ellos, los relacionados a la sexualidad. Esto en aras de la igualdad de derechos independientemente del sexo y de la modificación de los conceptos tradicionales relacionados con las sociedades que han establecido el modelo de masculinidad hegemónica y el patriarcado.

La macroestructura denominada patriarcado ha otorgado a lo masculino y al ser hombre una supremacía en detrimento de lo femenino, lo que ha producido, con los años, consecuencias tanto en la vida de las mujeres como en la de los hombres. Este modelo ha repercutido en la sociedad y ha generado efectos tanto en la esfera colectiva como individual, instalando ideas, valores y sentidos en los ámbitos sociales, reproducidos en lo político, lo social, lo económico, la educación y la academia. De este modo, promovió desigualdades, estereotipos e instó a violencias que atentan en el desarrollo de la identidad y la esfera socioafectiva de mujeres y hombres. Por lo tanto, ante el contexto social y político actual, se ha apelado a la creación de políticas coeducativas en la búsqueda de la educación y promoción de la igualdad de género, que influya tanto en las relaciones entre géneros como en las medidas para prevenir el acoso y la violencia de género (Uribe, 2020).

Sin embargo, a pesar de que este modelo otorga una perspectiva de “superioridad” y beneficio a los hombres por el simple hecho de ser hombres; el mismo también afecta a esta población bajo estereotipos, preconceptos y estigmatizaciones de lo que “un hombre debe ser, debe hacer y debe aguantar”. Por esta razón, la masculinidad se ha definido como una categoría social compuesta por presupuestos socioculturales sobre los ideales, estereotipos de género y las relaciones intergenéricas que colaboran en la elaboración de un imaginario subjetivo ante la manera de ser y las relacionarse entre hombres y mujeres (Villaseñor-Farías et al., 2003), por lo que la masculinidad hegemónica es una visión construida por los hombres, que plantea como supuestos el privilegio de poder infringir violencia ligado al poder.

Sobre esto, Kaufman (1994) afirmó que: “...lo que concebimos como masculinidad es el resultado de la forma como se combinan nuestro poder y nuestra alienación. Nuestra alienación a alineación aumenta la solitaria búsqueda del poder...”. Mientras que Pierre Bourdieu (1998)

analizó la relación entre el poder y la virilidad en la masculinidad indicando que: “...La virilidad, entendida como la capacidad reproductora, sexual y social, pero también como aptitud para el combate y para el ejercicio de la violencia...es fundamentalmente una carga...”.

Este análisis se refiere a un tipo de masculinidad desarrollado bajo el modelo hegemónico, y que no representa a toda la población masculina. Como lo describe Kaufman (1994): “...no existe una masculinidad única, ni una experiencia única de ser hombre. La experiencia de distintos hombres, su poder y privilegio real en el mundo se basa en una variedad de posiciones y relaciones sociales...”. Esto aunado a que, a partir del siglo XIX, el papel de los hombres y las mujeres en la sociedad ha mutado, evidenciando cada vez más la existencia de masculinidades alternativas.

Los preceptos de la masculinidad hegemónica, como se ha descrito de previo, han influenciado todas las esferas que integran al individuo y la sociedad, independiente de su género. Se debe considerar que este modelo enseña a los hombres a que no deben expresar debilidad, a suprimir las emociones y evitar la vulnerabilidad, a no pedir ayuda, por lo que no se puede identificar a los hombres como víctimas y, si lo hacen, se arriesgan a sentirse estigmatizados, y a vulnerar su concepto de lo que representa un hombre. A los hombres se les socializa para que deseen tener relaciones sexuales, y por ende resulta confuso determinarse en una situación de contacto sexual no deseado. En algunos casos, no pueden identificar lo que les ocurrió como un evento sexualmente inapropiado (NSVRC, 2018).

2.2 Conceptualización de la violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (OMS, 2015).

Se producen 1.4 millones de muertes por año a causa de la violencia, siendo de las principales causas de muerte en la población entre 15 y 44 años edad, de las cuales, se ha documentado que un 56 % son en relación con suicidios, un 33 % como muerte causada por una tercera persona, y un 11 % por violencia colectiva o guerras, y es la responsable del 14 % de las muertes en

hombres y un 7 % de las muertes en mujeres. Además, el riesgo de muerte por violencia es más alto en los países de ingresos bajos o medios y, dentro de cada país, la violencia suele ser más frecuente en las zonas más pobres (OMS, 2017). Se ha documentado que las personas que sufren más comúnmente de violencia son las mujeres, niños y adultos mayores, en donde el 25 % de la población ha sufrido algún maltrato físico durante la infancia, el 20 % de las mujeres han sufrido de abuso sexual durante la infancia, el 33 % de las mujeres ha sufrido violencia físico o sexual por parte de su pareja y el 6 % de los adultos ha sufrido violencia en el último mes (OMS, 2014).

La violencia es considerada como un problema de salud pública por la OMS desde 1996, sin embargo, no cuenta con una definición clara de ello dado que no presenta una exactitud científica y posee una estrecha relación con la cultura y los valores de cada sociedad encargada de determinar lo que se considera como aceptable e inaceptable. De tal manera que, para reconocer la violencia como un problema global de salud pública, es necesario comprenderlo desde todas sus formas, evidenciando que altera la calidad de vida de las personas, por lo que la implementación de políticas y actividades para prevenirla deben de estar respaldadas por investigaciones y debe ser abordada desde todas sus perspectivas (OMS, 2002).

Las acciones a seguir para tratar esta problemática deben tener una estrecha relación con los factores que promueven la violencia, como lo son: el consumo de alcohol, la atención paterna y materna inadecuada, los niños que sufren de rechazo, la implementación de castigos físicos, y abusos sexuales, siendo que las últimas tienen una estrecha relación con un comportamiento agresivo y antisocial en las edades adultas (OMS, 2014).

La violencia puede ser clasificada de varias formas: (OMS, 2002)

1. De acuerdo con el autor del acto violento:

- a) Violencia contra uno mismo:** consiste en los actos relacionados con el comportamiento suicida y las autolesiones. Se considera el comportamiento suicida desde la ideación hasta la realización del acto.

- b) Violencia interpersonal: corresponde a la violencia ejercida sobre otra persona, y puede subdividirse en:
 - i. *Violencia intrafamiliar o de pareja*: producida entre los miembros de la familia o compañeros sentimentales.
 - ii. *Violencia comunitaria*: ocurrida entre individuos no relacionados entre sí, que se pueden conocer o no.
- c) Violencia colectiva: compuesta por miembros de un mismo grupo que violentan a otro grupo o a individuos que buscan un objetivo común. Por ejemplo: los conflictos armados, el terrorismo, el genocidio u otras violaciones de los derechos humanos.

2. De acuerdo con la naturaleza del acto:

- a) Violencia física
- b) Violencia sexual
- c) Violencia psicológica
- d) Privaciones y desatención

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como “cualquier acto de naturaleza sexual cometido contra la voluntad de otra persona, ya sea que esta no haya otorgado su consentimiento o que no lo pueda otorgar por ser menor de edad, sufrir una discapacidad mental o encontrarse gravemente intoxicada o inconsciente por efecto del alcohol o las drogas”. En múltiples casos, se coacciona a la víctima a mantener relaciones sexuales por medio de la fuerza, la intimidación psicológica, la extorsión y las amenazas; por lo que, en muchas ocasiones la violencia sexual no es aislada, sino que se manifiesta junto con otros tipos de violencia tanto física como psicológica (Mejía-Rodríguez et al., 2015).

La agresión sexual consiste en atentar contra la libertad sexual de las personas, generando una relación de carácter sexual no consentida realizada por medio de la violencia o intimidación (Real Academia Española, 2014, definición 1; Cañadas, 2018), y se determina como un delito

cometido por una persona que provoque que otra persona lleve a cabo un acto urogenital, o una penetración sexual vaginal o anal ya fuere esta genital, digital o por medio de algún objeto o instrumento (Real Academia Española, 2014, definición 2; Cañadas, 2018).

La violencia o agresión sexual implica una amplia variedad de comportamientos, en donde el abuso sexual se considera como cualquier tipo de actividad sexual no deseada, que puede incluir un contacto físico, sin violencia o intimidación y sin consentimiento; también puede existir penetración o proposiciones verbales explícitas y tocamientos. Para ello, la persona agresora puede utilizar la fuerza física, amenazas o la sumisión química por medio de sustancias como drogas o alcohol en su víctima (García-López, 2019).

Según García-López (2019), el abuso sexual puede dividirse en:

1. Abuso sexual con contacto: constituye el contacto físico de distintas regiones del cuerpo de la víctima por parte del agresor en busca de su satisfacción personal.
2. Abuso sexual sin contacto: no existe el contacto físico con la víctima. Por ejemplo: insinuaciones sexuales, masturbación, producción de material pornográfico, entre otros.

En el Código Penal de Costa Rica, título III establece como:

1. Violación (art.156): “...quien se haga acceder o tenga acceso carnal por vía oral, anal o vaginal, con una persona de uno u otro sexo, en los siguientes casos:
 1. Cuando la víctima sea menor de trece años.
 2. Cuando se aproveche de la vulnerabilidad de la víctima o esta se encuentra incapacitada para resistir.
 3. Cuando se use la violencia corporal o la intimidación.”
2. Abuso sexual (art. 161): “...quien de manera abusiva, realice actos con fines sexuales...siempre que no constituya delito de violación...”.

A pesar de la dificultad que conlleva realizar estimaciones y establecer estadísticas debido al sesgo que existe en el caso de los delitos sexuales a nivel mundial, un gran número de víctimas

no realizan denuncias formales y las distintas legislaciones a nivel mundial, lo que puede generar sesgos estadísticos, entre otros; el World Population Review (WPR), publicó estadísticas en relación a violaciones a nivel mundial del 2022, documentando que:

1. En la mayoría de los países con datos estadísticos, se estima que menos del 40 % de las víctimas femeninas solicitan ayuda en este tipo de delitos y que menos del 10 % acude al sistema judicial; por lo que se estima que sólo el 9 % de las personas perpetradoras son juzgadas y solo un 3 % de éstas es condenada. No se documentan estadísticas específicas de víctimas masculinas.
2. Los 10 países principales con mayor incidencia de violaciones denunciadas por cada 100 000 habitantes:

Cuadro 1

Países con mayor incidencia de violaciones denunciadas por cada 100 000 habitantes

País	Incidencia por cada 100 000 habitantes
Granada	144
Reino Unido	109
Suecia	85.9
Panamá	76.2
Islandia	68.7
Francia	59
San Cristóbal y Nieves	48.3
Dinamarca	48.1
El Salvador	43.2
Estados Unidos	41.8

Fuente: Elaboración propia.

3. En el caso de Costa Rica se reportó una incidencia de 39.4.

Cabe destacar que existe una gran dificultad al comparar las estadísticas de delitos sexuales a nivel mundial debido a: (WPR, 2025)

1. La mayor complicación es el gran porcentaje de víctimas que no realizan denuncias formales debido a vergüenza, temor a represalias por parte de la persona perpetradora, humillación a la víctima, miedo a la reacción por parte de la familia y la sociedad.

2. Las leyes en relación a delitos sexuales se observan como ineficientes, inconsistentes o sin refuerzo, lo cual genera una inseguridad en la víctima y la sensación de que el acudir a instancias legales no generaría ningún resultado adecuado, y hasta podría ser más perjudicial para la víctima.
3. Las distintas definiciones y legislaciones en cuanto a lo que se determina como un delito sexual, siendo que en algunos países consideran como violación:
 - Cualquier relación sexual no consentida, mientras que en otros lo determinan sólo en caso de existir algún grado de violencia
 - Delitos cometidos en parejas casadas, mientras que en otros países no lo consideran cuando existe este tipo de relación
 - La penetración vaginal forzada, mientras que otros incluyen la penetración en otras áreas anatómicas como la boca, ano, vulva; considerando el uso de cualquier parte del cuerpo u objeto como violación
 - Únicamente en los casos de delitos entre un hombre contra una mujer, mientras que otros países incluyen los delitos cometidos entre mujeres, entre una mujer contra otra mujer y entre un hombre contra otro hombre
4. A su vez, existen diferencias estadísticas, igualmente por las distintas leyes de cada país, en donde algunos países contabilizan:
 - Las violaciones en total dentro de sus reportes y otros únicamente las que tuvieron una denuncia formal
 - Cada violación realizada por la persona perpetradora como incidentes separados, mientras que en otros países cada violación perpetrada por la misma persona como un sólo caso
 - Las violaciones perpetradas por más de una persona contra una víctima como delitos separados contra la víctima, mientras que en otros países lo contabilizan como un sólo delito cometido hacia la víctima

Es importante considerar una interpretación de las estadísticas mundiales con un análisis previo de cada país, no sólo por la dificultad de comparación de dichos reportes entre países, sino porque, en ocasiones, existen países que presentan incidencias mayores a otros, lo cual no necesariamente implica un mayor porcentaje de criminalidad en un país en comparación a otro; pues puede estar reflejando una definición más amplia de violación en comparación al país con un menor porcentaje reportado. Por esto, el análisis de estadísticas a nivel mundial no busca determinar si un país tiene una legislación con definiciones más amplias que otro; el objetivo es evidenciar el impacto masivo que las distintas definiciones legales, los métodos de reporte estadístico y las reacciones y respuestas por parte de cada sociedad pueden generar en las estadísticas de un país en relación con los delitos sexuales (WPR, 2025).

De acuerdo con el Observatorio de Género del Poder Judicial, en el 2022 se reportaron 7911 casos de delitos sexual, en donde el 13.18 % (1043) de las personas ofendidas eran hombres. Del total de casos de delitos sexuales, 1366 fueron denuncias por violación, y en 14.12 % (193) de los casos las personas ofendidas eran hombres (Observatorio de violencia de género contra las mujeres y acceso a la justicia, 2022).

2.3 Aspectos históricos de las agresiones sexuales a lo largo del tiempo

Las agresiones sexuales a lo largo de los siglos se han utilizado como mecanismos de control social, actuando como castigo ante comportamientos no admitidos o como un recordatorio de que las víctimas son objetos que pueden ser utilizados de una forma u otra (Fraile, 2020).

2.3.1 Prehistoria (25 000 000 a.C. a 4000 a.C.) (Fraile, 2020)

Durante la prehistoria, la organización social era en horda o una comunidad primitiva que consistía en un grupo no muy numeroso de personas sin divisiones de trabajo entre sus integrantes, los cuales cazaban, pescaban y recolectaban para su supervivencia. Sin embargo, si existía una distinción para las mujeres y ciertos trabajos, que se cree era motivado por los embarazos y la crianza de los hijos; llevando a que ellas permanecieran un mayor tiempo dentro de las hordas, y los hombres un mayor tiempo fuera para la cacería, siendo estas probablemente, la primera división social del trabajo y raíz de la desigualdad sexual.

Se cree que durante esta época se dio el “descubrimiento”, por parte del hombre, de que sus

genitales podían ser utilizados como un arma para generar miedo; marcando las relaciones entre las hordas, ya que, de acuerdo con estudios basados en excavaciones arqueológicas, este “descubrimiento”, junto al uso del fuego y de elementos lítico, provocaron que las disputas entre grupos se volvieran más agresivas.

En el Neolítico transcurre un cambio evolutivo y profundo debido a que se fueron desarrollando sociedades más organizadas que lograron la domesticación de ciertos animales, junto con el descubrimiento de la agricultura y la invención de la alfarería. Las mujeres tuvieron un rol esencial en esta transformación, que modificó la sociedad humana de poblados dedicados a la caza y recolección a aldeas con agricultura y ganadería establecidas y, por lo tanto, una mayor sedentarización.

Sin embargo, también se describe, para esta época, que cuando los hombres obtenían un “título de posesión” sobre el cuerpo de una mujer, tenían la obligación de defenderlo de posibles rivales. De tal manera que un acto violento contra el cuerpo de una mujer consistía en un crimen contra la posesión del hombre, sin considerar la posición o interés entorno a la persona agredida.

Para este periodo, no se evidenció información concerniente a delitos sexuales cometidos en hombres.

2.3.2 Edad Antigua (4000 a.C. hasta 476 d.C.)

Desde el inicio de la Edad Antigua se mantuvo el trato a las mujeres en cuanto a desigualdad e incapacidad jurídica, plasmando la opresión a las que sometían en sociedades patriarcales. En el caso de las mujeres, no tenían muchas posibilidades de elección para sus vidas más allá de estar destinadas al matrimonio y a la maternidad. De tal manera que, en algunas sociedades de la época, los contratos matrimoniales eran celebrados entre el padre de la novia y el futuro esposo, sin evidenciar el consentimiento de la mujer. A su vez, existen muchos testimonios y textos de la época que documentaban la existencia de matrimonios muy precoces, como inscripciones funerarias de niñas casadas a los 10 años, o madres de doce o trece, como la esposa del profesor de retórica Quintiliano (Fraile, 2020).

A su vez, como prueba también de la situación de inferioridad en la que vivían ciertas poblaciones vulnerabilizadas de la época, en el caso de las “mujeres libres” consideradas de

mayor valía que las esclavas, tenían una exigencia de castidad (incluso aunque su cónyuge no lo fuese) propia de una sociedad dominada por el hombre, donde la mujer era sometida inicialmente a la potestad de su padre y, posterior al matrimonio, a su cónyuge o al padre del cónyuge (Rodríguez, 1997).

Otros datos del dominio patriarcal sobre poblaciones vulnerabilizadas de la época lo encontramos en la cultura romana, en donde se dio el desarrollo de la legislación sobre el adulterio, tanto en niñas como de mujeres adultas para castigar y sancionar a toda clase de adúlteras, incluso a niñas de doce años. Desde el punto de vista de violencia sexual, se ha documentado cuando fue ejercida en múltiples situaciones tales como en las guerras y las conquistas; en donde las mujeres y niños de todas edades fueron capturados y tratados como botines para luego ser esclavizados, prostituidos y violados (Fraile, 2020).

Cabe destacar la distinción del significado de la época con relación a abusos sexuales a menores, en comparación a nuestra definición actual; no sólo desde el punto de vista de la edad legal para casarse en el caso de las mujeres, sino en la iniciación sexual de los hombres. En la antigua sociedad griega, la formación de los hombres desde los 12 años incluía la iniciación sexual como un método para conocer la belleza del cuerpo humano, en donde los jóvenes entre los 12 y 16 años eran iniciados por adultos (erastes) en una relación homosexual regulada por las leyes y rituales como parte de su formación humana, en la que los primeros eran sujetos pasivos (erómenos), y posteriormente pasaban a ser iniciadores. La legislación de la época determinaba como delito las relaciones sexuales con hombres menores de 12 años o el no obtener el consentimiento del erómeno para mantener relaciones sexuales o forzarlo. De tal manera que la pedofilia en Grecia era penada por ley, entendiendo como pedofilia únicamente el mantener relaciones homosexuales con prepúberes (Sáez, 2015).

La civilización romana, desde sus orígenes, se caracterizó en que la exigencia de castidad de los hombres y mujeres libres no era equiparable, dado que a la mujer libre romana se le exigía que, antes del matrimonio, no debía tener ninguna relación carnal y, una vez casada, sólo debía mantener relaciones sexuales con su cónyuge y sin que se le pudiese reconocer el derecho a rechazarlo; mientras que, en el hombre romano libre, esta regla se regía en tanto “*sus contactos sexuales no causaran ofensa a la honestidad de las mujeres libres*”. Se ha documentado que la

violación se producía también como un mecanismo para causar tanto la deshonra de la víctima como la de sus familiares (Rodríguez, 1997), dada la estrecha relación que existía entre la exigencia de mantener la entereza corporal mediante la virginidad en la mujer soltera, la continencia como signo de virtud, y la violación o hechos considerados contrarios como la pérdida de la honestidad y el deshonor, tanto de la víctima como de su conyugue y demás familiares.

A su vez, cabe destacar que, durante el periodo de la monarquía en Roma, se definía que la violación consistía en las relaciones carnales en contra de la voluntad de la víctima, utilizando fuerza física o amenazas contra mujeres romanas libres y esclavos o esclavas ajenas a la persona agresora. Esto debido a que, para la época, los hombres libres podían mantener relaciones sexuales con sus propias esclavas y esclavos, dado que estos hechos no eran considerados un delito. En una ley que es atribuida a Numa, la persona esclava no era un ser humano, sino un objeto de la persona propietaria, por tanto, esta última podía llevar a cabo todo tipo de atropellos, incluyendo los de índole sexual, con la mayor impunidad, es decir, que no era “*posible violar a una esclava o a un esclavo, sino tan sólo utilizarlos como cosas de la propiedad del amo*” (Rodríguez, 1997). En caso de que el delito sexual se cometiese en una persona esclava ajena a la persona agresora, el ataque era cometido contra la propiedad de otro individuo libre y no a una persona; por lo que el daño sería resarcido a la persona dueña de esta, tal cual se hablase de un objeto o un bien.

Cuando se han valorado las causas que indujeron a la persona violadora a cometer el delito, la literatura indica, en primer lugar, el derecho que algunos individuos creían tener por su estatus social más elevado en comparación a sus víctimas y como, en el caso de pueblos conquistados, sometían a la población que estaba siendo subyugada (Rodríguez, 1997). En ambos casos, el ejercicio del poder mediante el uso de la fuerza, y el violentar la voluntad de la víctima para la satisfacción sexual de la persona violadora, eran los puntos más importantes.

Posteriormente, en Roma, se castigaba la conducta de abusos sexuales bajo la figura legal del estupro. Modestino la definió como: “*se comete estupro en viuda, en doncella, o en un joven*” de acuerdo con el Digesto Libro XLVIII, Título 35, Ley 45, párrafo No.1. Ante el paso de la República al Imperio, las relaciones sexuales entre adultos y los efebos (mancebo o adolescente

de belleza afeminada) comenzaron a ser mal vistas por los abusos en la aplicación del *mancipium* (institución jurídica romana que permitía al padre de familia vender a su hijo a otra familia por diversas razones: pago alguna deuda, resarcir a un tercero el abandono por parte del padre; siendo que el hijo pasaba a ser sometido al nuevo dueño). Por ello, se empezó a regular la pederastia dentro de las conductas inmorales con leyes como la *Lex Scantina*, que sancionaba las relaciones entre pederastas y menores de 17 años; y otras leyes como la *Iulia de Adulteriis Coercendis* (18 A.C.), *Cornelia de Sicariis et Veneficiis* (81 A.C.), *Ley Iulia de Maritandis Ordinibus* (18 A.C.). Sin embargo, cabe destacar que muchas de estas leyes no abarcaban poblaciones como los esclavos (Saéz, 2015).

Por ende, la explotación sexual de niños abandonados por sus padres y convertidos en esclavos en el Imperio Romano formó un mercado de prostitución infantil (Fernández, 2006). Seguidamente, con la legalización del cristianismo y su posterior conversión a la religión oficial, se produjeron cambios legislativos que castigaban los abusos sexuales a menores, y con el desarrollo de las Instituciones de Justiniano se extendió la sanción a:

“el que persuadiera a un muchacho para el estupro, apartando o sobornando antes al acompañante que lo guardaba, o hiciera proposiciones a una mujer o una joven, o hiciera algo con fines impúdicos, o diera regalos o remunerara para persuadir a tales personas, sufre la pena capital se consuma el crimen, y la deportación si no llega a consumarlo; los acompañantes que se dejan corromper sufren la última pena. ”

descrito por Paulo en Digesto Libro XLVII, Título 11, Ley 1, párrafo No 2. (Sáez, 2015)

Cuando se valoran otras sociedades de la época, se evidencia que presentan conceptos afines a los descritos. En la antigua China e India, al valorar los códigos tradicionales como lo son el Código de Hammurabi en Mesopotamia y las Leyes de Manu en la India, es posible ver cómo se abordaba la temática del comportamiento sexual, pues las violaciones eran definidas como agravios contra la familia o la comunidad a la cual pertenecía la víctima, y no en el crimen cometido contra la víctima como individuo. Las violaciones en las mujeres estaban fuertemente vinculadas con el honor y la propiedad del hombre (Nichols, 2021).

Al analizar la documentación en relación con delitos sexuales de esta época, es importante señalar que el origen de la tipificación de los delitos sexuales no fue en función de tutelar a la persona que era la víctima directa del mismo, sino que consistía en buscar resarcir el daño provocado a su “amo” quien era el pater de familia o el “dueño” de la persona esclava (Pomeroy, 1994).

Al igual que lo evidenciado en la investigación de información para el periodo de la prehistoria, para el periodo de la Edad Antigua, no se evidenciaron información específica ni datos que se enfocasen en los delitos sexuales cometidos en hombres, sobre las legislaciones de la época, ni de las implicaciones sociales ante este tipo de delitos.

2.3.3 Edad Media (476 d.C. hasta el siglo XV)

La Edad Media está plasmada de múltiples personajes históricos que exaltaban la conexión entre la virilidad, la posesión y conquista, y las agresiones, incluyendo las sexuales. Un ejemplo de ello es el conquistador Genghis Khan, quien consideraba que la más alta misión de la vida de un hombre era la de derrotar a sus enemigos, arrebatarles sus caballos y adueñarse de sus mujeres (Fraile, 2020).

Un reporte sobre el legado genético mongol, del 2003, objetivó que se había encontrado, en 16 poblaciones a lo largo de la región de Asia, un linaje cromosómico con alta frecuencia, estando presente en un 8 % de los hombres en Asia, es decir, alrededor de 16 millones de personas. Dicho reporte aunó que el patrón de variación dentro del linaje sugería haberse originado en Mongolia hace 1000 años, y que una propagación tan rápida no pudo haber ocurrido por casualidad, sino que era resultado de una selección social ante algún comportamiento, como las conquistas con relación a guerras y disputas de territorios. Este linaje fue transmitido por descendientes masculinos de Genghis Khan, convirtiéndolo en uno de los ancestros de 0.5 % de la población mundial (Zerjal et al., 2003).

En la Hispania visigoda, se estableció en el Código Eurico la regulación de la violación, en donde se determinaba que debían estudiarse la calidad personal de la víctima y del agresor, y por medio de este análisis se imponía la penalidad mayor o menor. De tal manera que existían diferencias de penas si el delito era cometido a (Rodríguez, 1997):

- Una mujer libre no casada (virgen o viuda) por un hombre libre o un esclavo
- Una mujer libre no casada (virgen o viuda) previamente raptada
- Una esclava ajena por un hombre libre o un esclavo
- Una mujer libre casada
- Un hombre por otro hombre

Este corresponde al primer dato evidenciado a través de la historia en donde se considera como un delito sexual cuando es cometido hacia una víctima que sea hombre y era penalizado por la sociedad.

Durante la Edad Media Castellana, se evidenció también el establecimiento de legislaciones en relación con los delitos de violación. Para esta época, la penalidad se imponía fundamentalmente atendiendo a quién era la víctima del delito. De forma concreta se valoraban características o condiciones sociales de la víctima como: la honestidad (no se protegía igual a una mujer de buena fama que a una trabajadora sexual), la virginidad, la religión (se castigaba de forma diferente si la víctima era una monja cristiana o si era musulmana), la relación de la mujer con la persona violadora (no se castigaba cuando las violaciones ocurrían a sirvientas o siervas del agresor). Según la situación, el castigo de la persona que delinquía era más severo o leve, dependiendo de quién fuera la persona objeto de su violación (Rodríguez, 1997; Martínez, 2000).

A pesar de que se puede determinar que existió la implementación de la violación como un delito punible en ciertas sociedades de la época, la pena variaba según el valor social que tenían tanto la víctima como la persona agresora, lo que evidenciaba una clara discriminación a la hora de aplicar la justicia, y un ejercicio del poder por la conceptualización de la existencia de personas de mayor o menor valía según su sexo o condición social.

Cabe destacar también que, durante esta época, la violencia sexual a menudo no era reconocida como un delito contra la integridad de las víctimas, sino que persistía la visión de que era un acto que iba en contra de la honra de un hombre o una familia (Salamé et al., 2020).

A su vez, en ciertas sociedades occidentales, la visión de la sexualidad estaba fuertemente influenciada por la visión de la Iglesia, la cual determinaba cualquier desviación sexual fuera del matrimonio como un grave pecado. La violencia sexual, especialmente en contra de mujeres,

comenzó a percibirse como un delito en ciertas sociedades; sin embargo, las personas perpetradoras raramente eran procesadas. El concepto social general era ver al hombre como el agente sexual activo y la mujer como el agente sexual pasivo (Martínez, 2022).

2.3.4 Edad Moderna (Siglo XV hasta 1789)

Desde el siglo XVI hasta el siglo XIX, en Europa existió poco cambio con respecto a las agresiones sexuales en poblaciones vulnerabilizadas, debido a que la mentalidad patriarcal y de desprecio hacia los derechos de estos grupos se mantuvo (Fraile, 2020).

Durante el Renacimiento y los inicios de la Edad Moderna, se empezaron a desarrollar las primeras legislaciones que regulaban la conducta sexual, mayormente en las mujeres. Las leyes, en general, seguían considerando a los hombres como los principales actores en las relaciones sexuales, y cualquier violación a las normas establecidas alrededor del sexo se consideraba como un crimen contra el honor y la moral, dejando de lado el concepto del crimen contra la víctima y sus derechos (Vázquez Jiménez, 2015; Bolaños Vásquez, 2015). Tanto así que juristas ingleses, como Hale y Blackstone, continuaron señalando a las víctimas de agresiones sexuales y cuestionando sus motivaciones, intenciones y buena reputación (Fraile, 2020). La estructura social patriarcal aún prevalecía, y las mujeres seguían siendo las principales víctimas. A su vez, en las definiciones de dichas legislaciones ni siquiera se consideraba el delito sexual cometido contra un hombre como delito. Sin embargo, se ha evidenciado, por medio de documentos, que en la España de la Edad Moderna las relaciones sexuales entre un adulto y un adolescente podían darse de tres tipos: por prostitución informal, por dependencia del joven hacia la persona adulta por razones socioeconómicas o por violencia sexual, debido a que era costumbre que el joven dejara a su familia a edades tempranas para ir a talleres con el fin de aprender un oficio, dependiendo así totalmente de sus maestros artesanos (Mery, 2021).

Estas situaciones creaban una condición de jerarquía social, en las que el maestro tenía más poder que el adolescente debido a su edad, papel social y recursos económicos; y si el aprendiz se negaba a las solicitudes de su maestro era so pena de ser excluido y/o expulsado del taller y, con ello, la negación a su perspectiva laboral. A su vez, ante una negativa, el maestro podría recurrir a la fuerza, sometiendo y violando al joven por medio del uso de la violencia (Mery, 2021; Berco, 2007). Esto evidencia que, para la época, ya se evidenciaba una concientización

social en relación a delitos sexuales cometidos hacia un hombre; sin embargo, este tipo de violencia eran normalizada por parte de la sociedad.

Desde el marco sociocultural de la época, se establecía que la sodomía activa era una forma de reforzar la masculinidad, mientras que la sodomía pasiva simbolizaba lo vencido, lo débil y lo no masculino. Más allá del acto sexual por sí mismo, se equiparaba la pasividad sexual con una emasculación (Berco, 2007).

En estos casos, el papel activo en las relaciones sexuales demostraba la fuerza y supremacía en detrimento de la persona que ejercía el rol pasivo, como un sistema de simbolismos que sugerían la virilidad y el patriarcado; así, los más jóvenes, al sufrir ellos mismos el acto, aprenderían a relacionarse no sólo con hombres sino también con las mujeres (Mery, 2021; Berco, 2008). Para esta época, la violencia sexual cometida hacia los hombres era normalizada y justificada por la sociedad.

2.3.5 Edad Contemporánea (1789 hasta la actualidad)

Los enfoques sobre la violencia sexual han cambiado considerablemente a través del tiempo; desde una perspectiva que presentaba una comprensión limitada y estigmatizada de la misma, hasta un reconocimiento mayor y más amplio las diversas formas de violencia sexual y sus implicaciones en los individuos que pertenecen a la población afectada, implicada, y el entorno alrededor de las mismas.

A partir del siglo XIX, con el avènement de la Revolución Industrial y el interés emergente de los avances en criminología y psicología, el estudio del comportamiento delictivo tomo relevancia. De tal manera que los delitos sexuales también fueron investigados de manera más sistemática (García, 2015).

A inicios de la Edad Contemporánea, se documentaron en el mundo occidental, en países como España, la creación de instituciones que buscaban proteger a la infancia de la mendicidad y la delincuencia; sin embargo, el concepto del derecho a la integridad sexual de la persona menor de edad era aún inexistente (Sáez, 2015).

Posteriormente, en España se ejerció una persecución a las bandas de pedófilos, pues en la época

de los años 20 a 30 se perseguía la homosexualidad penada por el Código Penal de 1928, y existía la mentalidad de que las personas homosexuales eran pedófilos; dejando de lado la protección de los menores de edad. Aún durante la Segunda República, las estadísticas de delitos sexuales a menores que eran penados seguían siendo muy bajos, respondiendo al tabú de la dificultad probatoria y el concepto de la honra (Saéz, 2015).

Las poblaciones vulnerabilizadas (como mujeres y menores de edad) seguían sufriendo de abusos sexuales, especialmente durante las guerras civiles y posterior a las mismas, al ser presas fáciles o al ser abocados a las prácticas de prostitución como una forma de subsistencia. Además, los abusos sexuales sufridos dentro de las familias y dentro de otras instituciones eran ignorados y no fueron conocidos hasta décadas después (Saéz, 2015).

En el caso del abuso sexual en niños, es también considerado como una problemática de salud pública prevalente en varias culturas y sociedades, y globalmente se ha estimado que un 15 a un 20 % de las niñas y un 5 a un 10 % de los niños han experimentado algún tipo de abuso sexual (Yuhong et al., 2024; Barth et al., 2013; Mathews et al., 2017; Stoltenborgh et al., 2011).

Durante parte de la Edad Contemporánea, en las sociedades patriarcales no se consideraba que los delitos sexuales cometidos a hombres fuese una forma de victimización válida. Esto debido a que el concepto de “masculinidad” se ha asociado tradicionalmente como una definición de invulnerabilidad y capacidad de resistencia, por lo que los hombres que fuesen víctimas de agresiones sexuales eran percibidos como individuos “débiles” o hasta cómplices de la agresión que sufrieron.

Hasta el siglo XX, las agresiones sexuales cometidas a hombres no tenían una atención académica ni legislativa significativa y, si era visibilizados, se interpretaban como actos aislados de “degeneración” o, en algunas ocasiones, se visualizaban como parte de la normativa de la cultura militar o carcelaria, en donde la violación sexual a hombres era considerada como un fenómeno asociado al poder y dominación (Parlafox, 2018; UOC, 2020).

En la sociedad occidental, después de la Segunda Guerra Mundial, se comenzó a visualizar la violencia sexual como una forma de agresión, independientemente del género de la víctima. Las décadas de 1960 y 1970 fijaron un punto de inflexión para mujeres y hombres, gracias al

desarrollo del movimiento feminista y los estudios sobre género, lo cual jugó un papel crucial, al poner en evidencia la violencia sexual y cuestionar las normas de género que permitían la impunidad de los hombres que delinquían en este tipo de casos (Seelinger & Wood, 2021). Con este movimiento, las violaciones comenzaron a ser conceptualizadas como un delito de poder y dominio, y no sólo como un acto contra el “honor” (Dworkin, 1981). La percepción de la violencia sexual se transformó, paso de ser visto como actos “aislados” a manifestaciones expresas de la desigualdad de género.

Cabe destacar que, aunque la mayoría de estos estudios y legislación se centraron en las mujeres, dichas investigaciones evidenciaron y permitieron reconocer que los hombres también pueden ser víctimas de delitos sexuales, especialmente en contextos en donde existan relaciones de poder y desigualdades (DeKeseredy & Schwartz, 1993).

A su vez, con el paso del tiempo, se comenzaron a crear asociaciones internacionales que tenían como finalidad evitar el maltrato de las poblaciones vulnerabilizadas y preservar su dignidad, a través de la creación y ratificación por distintos países de documentos como la Convención Americana sobre los Derechos Humanos, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, y la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, entre otros.

No obstante, el abordaje de las violaciones y otras agresiones sexuales y la lucha contra los delitos sexuales en esta época también fue obstaculizada por normas culturales que, en ocasiones, siguen definiendo la violencia sexual como un tema tabú o un asunto privado de la familia a la cual pertenece la víctima. Por ejemplo, en la India, el abordaje de los delitos sexuales ha evolucionado ante reformas legislativas significativas como las Reformas de Delhi (2013), que fueron impulsadas después de un lamentable caso de violación masiva de una mujer en un autobús (Chakrabarti, 2015).

Al abrirse el campo de estudio sobre los delitos sexuales cometidos a hombres, se demostró que la violencia sexual se ejerce sobre a hombres en diferentes ámbitos (relaciones heterosexuales, homosexuales, situaciones de conflictos armados, entre otros); y ha evidenciado que, al igual que en las mujeres, genera efectos físicos y psicológicos como trastorno de estrés postraumático,

depresión, ansiedad y demás trastornos de la salud mental (Tewksbury, 2007).

Por esta razón, se ha creado la conciencia de que distintas condiciones han mediado de forma histórica y cultural en las definiciones y respuestas hacia la violencia sexual. Joanna Burke argumentó: “...cualquier presunción de que la violencia sexual es una experiencia universal insulta las especificidades de las historias individuales. El terror siempre es local” (Grey & Texeira, 2022).

Actualmente, se ha creado una conciencia sobre la necesidad de políticas inclusivas en el ámbito legislativo y la necesidad de implementar servicios de apoyo a hombres que sean víctimas de violencia sexual (Hlavka, 2016). Esto debido a que aún existen países que no cuentan con legislaciones específicas y/o programas de apoyo para hombres víctimas de violencia sexual (Littleton & DiLillo, 2021). Como en el caso del Código Penal de Egipto, que aborda la violación, sin embargo, no reconoce explícitamente la violación de los hombres (Zahran, 2017), o en el Código Penal de la República de China (enmendado en 1997 y con reformas posteriores), que define la violación como un crimen dirigido principalmente a las mujeres, aunque no excluye explícitamente a los hombres, siendo que la ley puede interpretarse de manera tal que no se reconoce de forma clara ni aborda de manera sistemática la violación masculina (China Law Yearbook, 2010). En el 2015, se realizó una reforma al Código Penal chino, la cual incluyó más detalles sobre la protección contra el abuso sexual, enfocado principalmente en la violencia sexual contra las mujeres y los niños. Por esta razón, en los casos de violación masculina, aunque han comenzado a ser más reconocidos por la sociedad civil, las leyes no proporcionan una protección adecuada a sus víctimas (Jiang, 2016), subrayando a su vez que los hombres que sufren este tipo de violencia en ámbitos carcelarios a menudo no tienen acceso a recursos legales ni apoyo adecuado debido a la estigmatización y silencio cultural que rodean este tipo de agresiones (Hao, 2017).

Existe un enfoque limitado de muchas sociedades hacia la violencia sexual en general, en donde los casos en que los hombres son víctimas muchas veces son invisibilizados, ya sea por una legislación que no los considera explícitamente, o por estigmas sociales, debido a que existe la evidencia de que mucha de esta población no denuncia los hechos debido a la estigmatización, la falta de recursos de apoyo o sostén, y/o el miedo a ser definidos como “menos masculinos”

(Hlavka, 2016).

Debido a esto, los estudios durante el periodo contemporáneo proponen que, a fin de mejorar la respuesta social y legal ante casos de delitos sexuales en hombres, es necesaria una mayor sensibilización, capacitación de profesionales y desarrollo e implementación de políticas inclusivas que tomen en consideración las particularidades de la victimización masculina en casos de violencia sexual (Thomas & Kopel, 2023), y destacan la necesidad de reformas legales, una mejor implementación de las leyes y el ejercicio de todos los medios necesarios para que las mismas se apliquen de forma eficiente, eficaz y expedita, a fin de proteger a las víctimas y sancionar a los perpetradores.

2.4 Conceptualización de la violencia sexual en hombres

Como se ha comentado, la violencia sexual es un fenómeno que involucra múltiples factores y condiciones, como lo son dinámicas de poder, control y desigualdad de género. En el caso de la violencia sexual en hombres, históricamente ha sido un tema marginado dentro de las investigaciones y literatura sobre este tipo de violencia, y, durante mucho tiempo, el enfoque se basó en las mujeres como víctimas. Sin embargo, en las últimas décadas, los estudios también han girado alrededor del conocimiento de los casos de violencia sexual en hombres y el entorno que los caracteriza. La conceptualización de la violencia sexual en hombres se ha abordado desde diversas perspectivas, al analizar condiciones como la perpetración, las teorías psicológicas y socioculturales, y los discursos de poder y masculinidad.

2.4.1 La violencia sexual como un delito de poder

La violencia sexual frecuentemente se ha conceptualizado como un acto de poder, y no simplemente una expresión del deseo. Con base en ello, las teorías feministas han sido fundamentales para sustentar este marco al destacar que la violencia sexual corresponde a una manifestación de dominación, poder y control, pues dicha conceptualización comenzó a través de distintas teorías enfocadas en la víctima como mujer, sin evidenciar la posibilidad de que la víctima pudiese ser hombre; sin embargo, las mismas fueron evolucionando y considerando la posibilidad de una población de víctimas más amplia. A continuación, se desarrollan una serie de teorías que fueron determinando la violencia sexual a través de la historia de la Edad

Contemporánea.

1. Teoría feminista de la violencia sexual: argumenta que la violencia sexual es una manifestación de la desigualdad de género y del patriarcado. Dicha teoría se extiende más allá del activismo, adentrándose al discurso teórico y filosófico, cuyo objetivo es el de comprender la naturaleza de la desigualdad de los géneros, y analizar y examinar los roles sociales, experiencias, intereses y la política feminista, tanto de las mujeres como de los hombres en diversos campos, como la antropología, literatura e historia.

La jurista académica, Catharine McKinnon en su obra “Toward a Feminist Theory of the State” (1989), sugirió que el sexo es una forma de poder dentro de los contextos patriarcales que buscan perpetuar la subordinación de las mujeres como parte de una estructura más amplia de opresión basada en el género, en donde la sexualidad y el poder se complementan para mantener la desigualdad.

2. Teoría del poder: considera a la violencia sexual como un acto de poder y control. Autoras como Susan Bromwiler, quien es una figura importante en el ámbito feminista con obras como “Against Our Will: Men, Women and Rape” (1975), abordaron el tema desde distintas perspectivas como el psicoanálisis, la sociología, la criminología y la ley; y argumentan que la violación es un acto de poder, una forma de controlar y dominar, por lo que se utilizaba como una herramienta para mantener la supremacía masculina y reforzar la jerarquía de género en la sociedad.

3. Teoría sociológica del control social: propone cómo las normas sociales perpetúan la violencia sexual. Es posible también analizar la violencia sexual desde la perspectiva del control social, dado que algunos sociólogos han señalado cómo las instituciones sociales, como la familia, la educación y los medios de comunicación, adoctrinan y perpetúan normas y valores que refuerzan las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Se argumenta cómo los estereotipos de género contribuyen a las actitudes y comportamientos relacionados con la violencia sexual (Kimmel, 2008).

Michel Foucault planteó que, si bien es cierto los pensamientos básicos sobre la sociedad y la naturaleza de los seres humanos varían a través de la historia, éstas terminan por ordenar y controlar a la persona y la sociedad en la que gira, creando un sistema de normalización que se nutre de juegos de poder. Existe una economía política de la verdad: la “verdad” centrada en la forma del discurso científico y las instituciones que lo

producen, ligada a los sistemas de poder que la producen y sostienen: el biopoder, conformado por el anatomopoder (refiriéndose a las formas de educar, disciplinar el cuerpo de la persona a fin de volverlo útil y dócil), y la biopolítica (formas de políticas de administración de la vida de una población) (Foucault, 1976; Sosa, 2011). En este sentido, la violencia sexual puede ser vista como una técnica de control de los cuerpos y las identidades, especialmente en los contextos en donde se espera que un individuo deba ajustarse a ciertos papeles de sumisión y obediencia.

4. Teoría del conflicto: sugiere cómo la violencia sexual puede generarse como resultado de las tensiones sociales y los conflictos, en donde ha sido utilizada como una táctica para desmoralizar al enemigo y desestabilizar comunidades, como una herramienta de humillación y control (Simić, 2018).

En el ámbito carcelario, la violencia sexual se considera un problema crítico, donde los hombres pueden ser víctimas por otros internos o el mismo personal que labora en dichos centros, siendo que dichas agresiones ocurren con una preocupante regularidad y, aunque en distintos países se han implementado intervenciones y políticas a fin de prevenir y responder ante estos casos, se enfatiza la necesidad de enfoques más comprensivos y efectivos (Meyer et.al, 2013). También se considera que las normas de género y la masculinidad hegemónica pueden contribuir en la invisibilización de estos casos, al crear un estigma y con ello dificultar la denuncia (O'Brien, 2009).

Otras teorías que plantean la violencia sexual como una dinámica psicológica compleja, en donde la investigación sobre la psicología de los agresores sexuales ha evidenciado que muchos utilizan este tipo de delito como una forma de reafirmar su poder y autoestima, especialmente en contextos en donde exista una desigualdad o expectativas sociales de una masculinidad agresiva (Dutton, 2007). Por tanto, la violencia sexual puede ser definida como una herramienta para dominar emocionalmente a la víctima y mantener un control psicológico sobre ella.

5. Teoría del trauma: la cual se enfoca en el impacto psicológico de la violencia sexual sobre las víctimas, explorando las consecuencias a largo plazo del trauma, y enfatizando en la importancia del abordaje de las necesidades de la salud mental de los sobrevivientes.

Mantiene una neutralidad terapéutica que busca integrar y transformar los recuerdos traumáticos con el fin de generar una reconexión. El DSM-V y el ICD-11 diagnostican

los desórdenes traumáticos como una categoría propia y aparte los trastornos de ansiedad, como previamente se consideraban. Exploran el concepto del trauma y sus consecuencias, como los efectos adversos ante la violencia sexual en la infancia, que producen un trauma en el cerebro en desarrollo (Herman, 2015).

Cabe destacar que, en múltiples investigaciones, se ha planteado también que la violencia sexual es un delito de poder que se considera dentro del contexto social y cultural en el que ocurre. Esto debido a que, en algunas sociedades, se tiende a minimizar o justificar la violencia sexual a través de los estereotipos de género y victimización que prevalecen en el momento, lo cual podría perpetuar el poder de las personas agresoras. En sociedades patriarcales, se ha evidenciado que algunos sistemas judiciales y sociales tienden a restar importancia al sufrimiento de las víctimas y a exonerar a las personas agresoras, reforzando así, las estructuras de poder dominantes desde ámbitos como la representación mediática de los casos de violencia sexual y la cultura de la violación (Acosta & Durán, 2009).

2.5 Marco jurídico costarricense

En el ámbito judicial, en el Código Penal Costarricense, el título III sobre Delitos Sexuales define:

1. Violación (art. 156): será sancionado con pena de prisión de 10 a 16 años, quien se haga acceder o tener acceso carnal por vía oral, anal o vaginal con una persona de uno u otro sexo en los siguientes casos:
 - a) Cuando la víctima sea menor de 13 años.
 - b) Cuando se aproveche de la vulnerabilidad de la víctima o la misma se encuentre incapacitada para resistir.
 - c) Cuando se utilice la violencia corporal o la intimidación.

La misma pena se impondrá si la acción consistiese en la introducción a la víctima de uno o varios dedos, objetos o animales, por vía vaginal u anal; o si se obligase a realizarlo a sí misma.

2. Violación calificada (art. 157): la prisión será de 12 a 18 años, cuando:
- a) El autor sea cónyuge de la víctima o una persona ligada a ella en relación análoga de convivencia.
 - b) El autor sea ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima, hasta el tercer grado por consanguinidad o afinidad.
 - c) El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima, hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad.
 - d) El autor sea tutor o el encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.
 - e) Se produzca un grave daño en la salud de la víctima.
 - f) Se produzca un embarazo.
 - g) La conducta se cometa con el concurso de una o más personas.
3. Relaciones sexuales con personas menores de edad (art. 159): será sancionado con pena de prisión de 2 a 6 años, quien aprovechándose de la edad, se haga acceder o tenga acceso carnal con una persona de uno u otro sexo, mayor de trece años y menor de quince años, por la vía oral, anal o vaginal, con su consentimiento.
- Igual pena se impondrá si la acción consiste en la introducción de uno o varios dedos, objetos o animales por la vía vaginal o anal.
- La pena será de 4 a 10 años de prisión cuando la víctima sea mayor de 13 años y menor de 18 años, y el agente tenga respecto de esta la condición de ascendiente, tío, tía, hermano o hermana consanguíneos o afines, tutor o guardador, la pena impuesta es mayor.
4. Actos sexuales remunerados con personas menores de edad (art. 160): quien pague, prometa pagar o dar a cambio una ventaja económica o de otra naturaleza a una persona menor de edad o a un tercero, para que la persona menor de edad ejecute actos sexuales o eróticos, será sancionado con las siguientes penas:

- a) Prisión de 4 a 10 años, si la persona ofendida es menor de 13 años.
 - b) Prisión de 3 a 8 años, si la persona ofendida es mayor de 13 años pero menor de 15 años.
 - c) Prisión de 2 a 6 años, si la persona ofendida es mayor de 15 años pero menor de 18 años.
5. Abusos sexuales contra personas menores de edad e incapaces (art. 161): será sancionado con pena de prisión de 3 a 8 años, quien, de manera abusiva, realice actos con fines sexuales contra una persona menor de edad o incapaz o la obligue a realizarlos al agente, a sí misma o a otra persona, siempre que no constituya delito de violación.

La pena será de 4 a 10 años de prisión cuando:

- a) La persona ofendida sea menor de trece años.
 - b) El autor se aproveche de la vulnerabilidad de la persona ofendida, o esta se encuentre incapacitada para resistir o se utilice violencia corporal o intimidación.
 - c) El autor sea ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima.
 - d) El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima.
 - e) El autor sea madrastra, padrastro, hermanastra o hermanastro de la víctima.
 - f) El autor sea tutor o encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.
 - g) El autor realice la conducta contra alguno de los parientes de su cónyuge o conviviente, indicados en los incisos d) y e) anteriores.
 - h) El autor se prevalezca de su relación de confianza con la víctima o su familia, medie o no relación de parentesco.
6. Disposición común a los delitos sexuales contra personas menores de edad (art. 161 bis): cuando se cometa un delito sexual cuya víctima sea una persona menor de edad, los jueces quedan facultados para imponer, además de las penas consignadas en cada caso,

las de inhabilitación absoluta en el tanto que estimen pertinente, de acuerdo con la gravedad del hecho y dentro de los límites fijados para esta pena.

La inhabilitación regirá por todo el plazo establecido en la sentencia condenatoria, sin posibilidad de que sea disminuida por los beneficios que, de conformidad con la legislación procesal penal, puedan otorgársele al condenado.

7. Abusos sexuales contra las personas mayores de edad (art. 162): si los abusos descritos en el artículo anterior se cometen contra una persona mayor de edad, la pena será de 2 a 4 años de prisión.

La pena será de 3 a 6 años de prisión cuando:

- a) El autor se aproveche de la vulnerabilidad de la persona ofendida, o esta se encuentre incapacitada para resistir o se utilice violencia corporal o intimidación.
- b) El autor se ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima.
- c) El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima.
- d) El autor sea madrastra, padrastro, hermanastra o hermanastro de la víctima.
- e) El autor sea el tutor o el encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.
- f) El autor realice la conducta contra alguno de los parientes de su cónyuge o conviviente, indicados en los incisos c) y d) anteriores.
- g) El autor se prevalezca de su relación de confianza con la víctima o su familia, medie o no relación de parentesco.

8. Turismo sexual (art. 162 bis): será sancionado con pena de prisión de 4 a 8 años, quien promueva o realice programas, campañas o anuncios publicitarios, haciendo uso de cualquier medio para proyectar al país a nivel nacional e internacional como un destino turístico accesible para la explotación sexual comercial o la prostitución de personas de cualquier sexo o edad.

2.6 Victimología de los hombres agredidos sexualmente

La victimología es la ciencia que estudia a las víctimas y sus interacciones con los sistemas legales y sociales, centrándose en sus experiencias, comportamientos y necesidades, así como en los factores que influyen en su victimización. Este campo de estudio se originó a partir de la década de 1940, cuando criminólogos como Hans von Henting plantearon el estudio de la víctima como un componente esencial para el análisis del fenómeno delictivo.

Von Henting introdujo el concepto de la victimología e hipotetizó que ciertos factores y comportamientos de las víctimas podrían influenciar a los actos criminales, y categorizó a las víctimas según el análisis de factores como género, edad, estado mental, y estrato social; finalmente, propuso cómo estos factores podrían hacer a la persona más susceptible a convertirse en una víctima de un crimen. Concluyó que el estudio de la interacción entre la víctima y el criminal es esencial para la comprensión de la ocurrencia del crimen, y sugirió que los esfuerzos para la prevención de éstos debían considerar las características y comportamientos de las potenciales víctimas (Von Henting, 1948).

La teoría de la victimización masculina en casos de violencia sexual ha cobrado relevancia en las últimas décadas, enfatizando en la importancia de una mayor comprensión en los efectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales de estas agresiones en dicha población.

1. Estigmatización, normas de la masculinidad y teoría de la masculinidad hegemónica: como descrito previamente, uno de los principales obstáculos que enfrentan los hombres víctimas de violencia sexual es la estigmatización social, debido a que las normas establecidas por la masculinidad hegemónica determinan que los hombres deben ser fuertes, independientes, y siempre bajo el control de su cuerpo. Kaufman explora cómo la masculinidad hegemónica puede contribuir a distintas formas de violencia, identificando la “triada de la violencia masculina”, que incluye: la violencia contra las mujeres, la violencia contra otros hombres y la violencia contra sí mismo. Plantea que las normas de dicho tipo de masculinidad, generalmente pueden conllevar a un “exceso de violencia” que pueden manifestarse en dicha triada (Kaufman, 1993).

La teoría de las masculinidades, propuesta por Connell (1995), argumenta, en su estudio de género, que no existe un sólo tipo de masculinidad. Existen múltiples tipos de

masculinidades, cada una asociada a distintas posiciones de poder o dinámicas sociales; la teoría analiza cómo cada una de ellas se construye y mantiene en diferentes contextos sociales. Enfatiza que la masculinidad hegemónica es el ideal cultural dominante de la “hombria”, y subordina las otras masculinidades y feminidades. La masculinidad hegemónica, dentro de sociedades de masculinidades dominantes, sugiere un marco rígido en donde los hombres deben adherirse a ciertos ideales para ser considerados “auténticamente masculinos”, por lo que, ante situaciones en donde se convierten en víctimas, se sienten presionados a ocultarlas ante el temor a ser percibidos como débiles o vulnerables, dificultando que busquen ayuda, denuncien o reconozcan la violencia sexual que han sufrido (Connell, 1995).

La violencia sexual desafía dichos estatutos, lo que provoca frecuentemente que las víctimas nieguen su victimización o se sientan avergonzados por ella; de tal manera que pueden sentir que han fracasado como hombres, debido a que dichas experiencias se perciben como un ataque a su identidad de género (Kaufman, 1993).

2. Teoría del ciclo de la violencia: esta teoría, desarrollada en 1979, explora cómo las experiencias de victimización durante edades tempranas como la infancia pueden generar un mayor riesgo a que la víctima caiga en una relación de abuso durante su etapa adulta. Es una teoría fundamental en el estudio de la violencia doméstica y violencia sexual, en donde identifica cómo las víctimas son capaces de internalizar las dinámicas de abuso, convirtiéndose en perpetradoras, o perpetuando el ciclo de abuso en sus relaciones futuras. (Walker, 1979)
3. Teoría del conflicto y la victimización: se centra en las estructuras de poder en una sociedad y cómo las desigualdades sociales son capaces de contribuir con la victimización. Esta teoría plantea cómo las víctimas no sólo son aquellas personas que son afectadas directamente por la violencia, sino las que sufren por las estructuras de poder inequitativas que perpetúan la desigualdad y la opresión. Ha sido aplicada para el análisis de los delitos por odio, donde las víctimas son seleccionadas en función a su pertenencia a grupos sociales marginados o minoritarios, como lo son las de tipo étnico, sexual o de género (Galtung, 1969).
4. Teoría del trauma: el enfoque del trauma en la victimología se centra en los efectos psicológicos que tiene la victimización sobre las personas. El trauma puede definirse

como una respuesta a eventos que superan la capacidad de una persona para enfrentarlos, afectando así su sentido de confianza, seguridad y control. De tal manera que las experiencias de victimización pueden generar cicatrices emocionales duraderas, y su proceso de recuperación requiere un apoyo adecuado y un entorno seguro. Este enfoque ha generado el desarrollo de programas terapéuticos enfocados en las víctimas de trauma, como lo es el abuso sexual (Herman, 1992).

5. Impacto psicológico del delito sexual en hombres: el impacto desde la esfera psicológica y emocional en hombres que sufren de violencia sexual puede ser similar al experimentado en mujeres víctimas de este mismo tipo de delitos; sin embargo, sus manifestaciones tienden a variar debido a las normas sociales que rodean a la masculinidad. Estas víctimas suelen sufrir de trastorno de estrés postraumático (TEP), depresión, ansiedad, sentimientos de vergüenza y culpa. A su vez, es frecuente que internalicen la culpa, o minimicen la experiencia de victimización, lo cual puede conllevar a una mayor dificultad para procesar el trauma y buscar ayuda (Stermac et al., 2010).
6. Teoría del abuso infantil y su impacto en la victimización sexual masculina: son las investigaciones sobre el abuso sexual infantil y su relación con abuso sexual posterior a este primer trauma. Sugieren que los hombres que han sido víctimas de este tipo de delito tienen una mayor probabilidad de sufrir de violencia sexual durante su etapa adulta, ya fuese como víctimas o perpetradores. Se ha propuesto que el abuso sexual infantil puede crear un patrón intergeneracional de victimización, debido a que las víctimas pueden internalizar las dinámicas del poder y control, afectando su percepción de las relaciones interpersonales durante la adultez (Schaaf & McCanne, 1998).
7. Barreras para la denuncia y el apoyo social: la falta de apoyo social y las dificultades para denunciar están entre los mayores obstáculos para los hombres víctimas de delitos sexuales. Debido al estigma social y la minimización cultural del abuso sexual masculino, las víctimas masculinas tienden a no buscar apoyo profesional o psicológico, lo cual lleva a que los hombres tengan una menor probabilidad de denunciar el delito, debido a que las estructuras de apoyo a las víctimas, como lo son las líneas de ayuda, refugios, y el mismo sistema judicial, a menudo están centradas en las víctimas femeninas. Además, la falta de recursos y programas de apoyo específicos para hombres provoca que la denuncia y el

abordaje adecuado de estos casos sea más difícil (Ullman, 2010).

8. Teoría de la sexualización y desensibilización temprana: propone que la sexualización temprana de los niños, especialmente cuando se les expone a un contenido sexual inapropiado o se les instruye que su valor está vinculado a su capacidad de satisfacer a otras personas, puede contribuir en la victimización sexual durante la etapa adulta. La desensibilización sexual temprana es capaz de generar una distorsión de las percepciones de los hombres sobre temáticas como el consentimiento, la sexualidad y el poder, de tal manera que esta distorsión puede hacer que algunos hombres no reconozcan la violencia sexual que experimentan o lo minimicen, dificultando así la denuncia o búsqueda de ayuda (Finkelhor, 1984).

9. Teoría de la victimización primaria y secundaria: la victimización primaria se refiere al primer evento de victimización, en el tema que nos atañe, la que está relacionada directamente al delito sexual; mientras que la victimización secundaria consiste en las experiencias posteriores que puedan vivir las víctimas al tener que interactuar con el sistema judicial o los servicios de apoyo.

La victimización secundaria se define como las experiencias de re-traumatización que pueden sufrir las víctimas al buscar ayuda o justicia. En el caso de los hombres, la revictimización puede ser particularmente significativa debido a las actitudes sociales que minimizan la experiencia vivida ante el abuso sexual. Los afectados pueden enfrentar respuestas inadecuadas por parte de su entorno y de instituciones sociales, como lo son la policía, el sistema judicial, y los servicios médicos, entre otros (Campbell, 2002).

Las víctimas de violencia sexual pueden sufrir de actitudes despectivas, incredulidad, culpabilización o indiferencia por parte de las entidades e individuos que deberían proporcionarles ayuda. Esta forma de victimización agrava el trauma inicial, prolonga el sufrimiento de la víctima y el tiempo de recuperación (Campbell, 2002).

La victimización secundaria se deriva de la forma en que la sociedad y las instituciones responden para con la víctima, lo que conlleva destacar la importancia de una respuesta adecuada y comprensiva para evitar una mayor victimización (Karmen, 2013).

10. Perspectiva de género y victimización secundaria: la perspectiva de género en el estudio de delitos sexuales en hombres enfatiza cómo las construcciones sociales de lo que se define como hombre afectan la manera en que las víctimas masculinas perciben la

violencia sexual. Por lo cual, se ha sugerido que las experiencias de victimización en los hombres pueden variar a las de las mujeres, debido a las expectativas sociales sobre la virilidad y la fuerza. Esto puede dar lugar a un mayor espacio para la negación de la violencia sexual y una menor disposición para la búsqueda o recibimiento de ayuda o apoyo (Scott-Storey et al., 2023).

En relación con lo descrito anteriormente, Easton y sus colegas estimaron que, a un hombre que ha sufrido de violencia sexual, le toma un promedio de 20 años para manifestar su historia de delito sexual, debido al estigma inducido por las normas tradicionales de la masculinidad hegemónica (Easton et al., 2014).

También se ha identificado que los mitos sobre la violación son capaces de generar sentimientos de culpa y vergüenza, que desalientan a las víctimas a denunciar o revelar el abuso (Hudspith et al., 2023), y tales creencias refuerzan el no denunciar este tipo de delitos.

2.7 Factores sociodemográficos de riesgo asociados a delitos sexuales en hombres

Como mencionado anteriormente, la victimización sexual masculina es un delito completo que, en muchas ocasiones, ha sido invisibilizado a lo largo de los años en los campos de investigación y en la perspectiva de la sociedad en general. En los últimos años, con movimientos como #MeToo, se ha visibilizado también la posibilidad de la victimología en los hombres.

La Encuesta Nacional sobre Violencia de Pareja y Sexual (NISVS) de Estados Unidos, realizada a 27 571 personas adultas (15 152 mujeres y 12 419 hombres), corresponde a una encuesta en curso que se encuentra recopilando datos confiables sobre la victimización por violencia sexual, acoso y violencia de pareja de mujeres y hombres en este país. La recopilación de datos del 2024 determinó que 1 de cada 3 hombres adultos manifestaron haber sufrido algún tipo de violencia sexual, física y/o acoso por parte de una pareja íntima durante su vida. Sobre la temática de violencia sexual en hombres, ha evidenciado que 1 de cada 4 de los encuestados refirió haber experimentado algún tipo de violencia sexual física en su vida, 1 de cada 14 hombres indicaron haber sido coaccionados a penetrar a alguien durante su vida y más de 1 de cada 38 hombres dijeron haber experimentado violación o intento de violación durante su vida, siendo que, de este último grupo, el 71 % (8817) manifestó haber sufrido este tipo de violencia previo a los 25 años

de edad, en la cual no se especificó el porcentaje de víctimas masculinas (Smith et al., 2023).

En el caso de la población perpetradora se ha establecido que (Smith et al., 2023):

- 87 % (23 987) de los casos de violación o intento de violación reportaron que los perpetradores fueron otros hombres.
- 79 % (21 781) de los casos de coacción a la penetración por parte de la víctima las personas perpetradoras eran mujeres.
- 82 % (22 608) de los casos de coerción para relaciones sexuales las personas perpetradoras eran mujeres.
- 53 % (14 612) de los contactos sexuales no deseados, las personas perpetradoras eran mujeres.
- 48 % (13 234) de los casos de experiencias sexuales sin contacto no deseadas, las personas perpetradoras eran mujeres.
- 97 % (16012) de los hombres que manifestaron haber experimentado violación, violencia sexual o acoso por una pareja íntima, las personas perpetradoras eran mujeres.

Cabe destacar que no se detalló el género de las víctimas, exceptuando en el último punto descrito, por lo cual no es posible establecer el porcentaje de víctimas masculinas de violación para este reporte.

En Suecia, de acuerdo a las estadísticas de reportes de delitos sexuales, se evidenció un incremento en el número de estos casos a través del tiempo, siendo que en el 2013 se reportaron 16 000 denuncias por delito sexual, mientras que en el 2023 aumentó a una cifra cercana a 24 000, en donde el mayor número de casos correspondía a acoso sexual, seguido por violación. En el caso de los delitos por violación, se reportaron 6 000 casos para el 2012, y 9 300 casos para el 2023; con el aumento dado por una mayor conciencia para la denuncia de este tipo de casos (Statista Research Department, 2024). No se encontraron datos que detallasen la cantidad de víctimas masculinas que realizaban este tipo de denuncias.

En el caso de Inglaterra y Gales, el Censo 2022 evidenció que 275 000 hombres y 798 000 mujeres manifestaron haber sido víctimas de agresiones sexuales; con una prevalencia aproximada de 2.3 % de los adultos de dicha región (1.2 % hombres y 3.3 % mujeres). Para el

2022, se documentaron 1076 casos de abuso sexual (275 casos en donde las víctimas eran hombres), 150 casos de violación (no detalla en la estadística el sexo de la víctima) y 822 casos de por tocamientos no consentidos (no detalla en la estadística el sexo de la víctima) (Office for National Statistics, 2022). En esta estadística, no se evidenciaron datos que detallasen la cantidad de víctimas masculinas que denunciaban este tipo de delitos, excepto en el caso de abuso sexual.

En Panamá, el Ministerio Público de dicho país reporta, en el caso de delitos sexuales: en el 2023, 2228 casos de violación con un incremento a 2469 casos para el 2024; de violación doblemente agravada con 245 casos en el 2023 con un incremento a 248 caso en el 2024; acceso sexual con un persona mayor de 14 años y menor de 18 años con 1854 casos en el 2023, con un descenso a 1846 casos en el 2024; acoso sexual con 28 casos en el 2023, y un incremento a 45 casos en el 2024. Esto evidencia que, en su mayoría, el número de casos por delitos sexuales ha mostrado un aumento entre el 2023 al 2024. A su vez, en estos reportes estadísticos no se detalla en el género de la víctima, siendo que no fue posible establecer la cantidad de casos de delitos sexuales en hombres.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) publicó durante el 2023 la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre seguridad Pública (ENVIPE), la cual documentó una tasa de incidencia de 4290 delitos sexuales en mujeres por cada 100 000 habitantes, siendo una cifra similar a la del 2022, en donde se estimó una tasa de 3470 delitos estimados por cada 100 000 habitantes. Esta encuesta identificó, como tasa de incidencia de delitos sexuales en hombres, para el 2023, 465 por cada 100 000 habitantes; de tal manera que se contabilizaron 9 delitos sexuales contra mujeres por cada delito sexual contra hombres. En dicha encuesta no se detallaron los tipos de delito sexual cometidos por género.

En este mismo país, el INEGI reportó que, para el 2023, en el caso de los delitos por abuso sexual, al analizar dichos tipos de delitos utilizando grupos de edad como criterio de comparación, se evidenciaron más casos en los grupos de 5 a 9 años y de 10 a 14 años en los hombres. Se determinaron 1188 delitos de abuso sexual con víctimas hombres de 5 a 9 años, 1215 delitos contra víctimas hombres de 10 a 14 años, y 555 víctimas hombres de 15 a 17 años. En el caso de las denuncias por violación, se registraron 884 casos en hombres de 10 a 14 años y 522 casos en hombres de 15 a 17 años para el 2023. Dichas estadísticas no documentaron las

cifras de delitos sexuales en poblaciones mayores de 17 años (falta revisar).

En España, el Instituto Nacional de Estadística (s.f.) cuenta con un sistema de registros de casos en donde es posible consultar el número de casos de delitos sexuales por género, de tal manera que se evidencia, en el caso de hombres denunciaron: abuso sexual con 107 casos en el 2017, con un incremento en el 2021 de 175 casos y un descenso en el 2023 de 73 casos; violación, con 5 casos en el 2017, con un incremento en el 2018 de 8 casos y un descenso en el 2021 y 2022 de 3 casos y 5 casos en el 2023; y abusos y agresiones a menores de 16 años, con 79 casos en el 2017 con un incremento en el 2022 de 385 casos y 314 en el 2023.

Cuadro 2

Delitos sexuales en hombres por año registrados en el Instituto Nacional de Estadística de España

Tipo de caso	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Agresión sexual	98	60	53	47	52	26	59
Abuso sexual	107	94	161	158	175	133	73
Acoso sexual	10	1	3	1	1	2	0
Abusos y agresiones a menores de 16 años	79	178	241	175	289	385	314
Violación	5	8	6	7	3	3	5
Total	299	341	464	388	520	549	451

Fuente: Elaboración propia.

En Costa Rica, según el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), la tasa de delitos sexuales ha incrementado a través de los años: la tasa de 1990 era de 52 delitos sexuales por cada 100 000 habitantes, y para el 2007 aumentó a 122 casos por cada 100 000 habitantes (INAMU, 2011). El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) documentó que, en el 2012, hubo 625 condenas por delitos sexuales, de las cuales 617 correspondían a imputados y 8 imputadas (INEC, 2012).

De acuerdo con las estadísticas del Observatorio de Violencia de Género contra las mujeres y acceso a la justicia del Poder Judicial, en el 2004 se presentaron 1670 denuncias por violación, y en el 2022 se reportaron 1675 denuncias por violación, manteniendo cifras similares durante ese periodo de tiempo (entre el 2004 y 2022), con un descenso en el 2006 de 1311 denuncias, y un

incremento para el 2019 de 1890 denuncias. A su vez, según el Observatorio de Género del Poder Judicial, en el 2022 se reportaron 7911 casos de delitos sexuales, en donde el 13.18 % (1043) de las personas ofendidas eran hombres. Del total de casos de delitos sexuales, 1366 fueron denuncias por violación, de las cuales, en el 14.12 % (193) de los casos las personas ofendidas eran hombres (Observatorio de violencia de género contra las mujeres y acceso a la justicia, 2022).

El estudio de los factores sociodemográficos se consideran clave para comprender los delitos sexuales en los hombres. Existen diversos estudios y publicaciones en relación con los factores sociodemográficos y socioculturales de las personas perpetradoras, sin embargo, estos no se van a abordar debido a que no competen con los objetivos de esta investigación.

Sobre los factores sociodemográficos de las víctimas masculinas de delitos sexuales, se incluyen variables como: la edad, el estrato socioeconómico, la educación, la etnia y los antecedentes de abuso o violencia. Por esto, se procederá a una revisión de los principales factores sociodemográficos, documentados con evidencia científica, que se han asociado con los delitos sexuales en hombres, de los cuales cabe destacar existe una menor cantidad de estudios y publicaciones en comparación a los análisis de los factores sociodemográficos de las personas perpetradoras.

1. Edad:

Como fue expuesto previamente, la encuesta NISVS en curso evidenció, durante su reporte de 2016/2017 en donde se encuestaron 15 152 mujeres y 12 419 hombres, que en el 71 % (17 491) de los hombres que han manifestado haber sufrido algún tipo de violencia sexual durante su vida, los hechos los experimentaron antes de los 25 años de edad (Smith et al., 2023).

En el estudio Sex Offenses Reported Via National Incident Based Reporting System (NIBRS) in 2013, publicado en el 2015 por el Bureau de Investigación Federal (FBI) de los Estados Unidos, determinó que, para el 2013, se reportaron 64 979 casos relacionados con delitos sexuales, con 75 652 víctimas y 76 724 presuntas personas perpetradoras. Se reportaron:

- a. 26 994 casos de violación (611 casos en hombres y 26 383 casos en mujeres), la mayoría de las víctimas fueron adolescentes, en donde el 33.8 % (9 124) se

- encontraban entre las edades de 13 a 18 años.
- b. 4 976 casos de violación de persona menor de edad (438 casos en hombres y 4 538 casos en mujeres), de los cuales 2 de cada 3 víctimas tenían entre 13 a 15 años de edad.
 - c. 7 586 casos de penetración anal (3 578 casos en hombres y 4 008 casos en mujeres), donde el 75 % (5 689) de las víctimas tenían una edad de 21 años o menor.
 - d. 1 178 casos de incesto (208 casos en hombres y 973 casos en mujeres), donde el 50 % (589) de las víctimas tenían entre los 10 y 18 años de edad.
 - e. 32 326 casos por tocamiento (6 329 casos en hombres y 25 997 casos en mujeres), donde 4 de 5 víctimas tenían edad menor a 21 años, siendo que más del 16 % de las víctimas se tenían entre 11 y 15 años de edad.
 - f. En dicho documento no se detalló el género en relación a las edades de cada uno de los casos.

Durante el 2017 se publicó un estudio con relación a violencia sexual en el campus universitario, en donde, al análisis de 5 476 casos, 6 % (328) fueron contra víctimas masculinas. De este grupo, la edad promedio de las víctimas era de 19 años. Se reportó que, en más del 50 % (164) de los casos se utilizó un arma para cometer el acto, en el 50 % (164) la persona perpetradora era una persona conocida, siendo que el tipo de delito y violencia ejercida correspondía en un 64 % (210) a los casos de tipo abuso sexo (tocamientos), y un 25 % (82) a sodomía contra la víctima. Este estudio también evidenció, en los casos en donde la víctima era hombre, que la persona perpetradora tenía una edad promedio de 29 años, que en el 17 % (23) de los casos la perpetradora fue una mujer, que era más frecuente que los hechos ocurrieran con múltiples personas imputadas, y que solían presentar menor número de lesiones en comparación a los casos en donde la víctima era una mujer (Budd et al., 2017).

En un estudio estadounidense del 2019 se valoró la prevalencia de inicio de relaciones sexuales en hombres previo a los 13 años de edad en una muestra de 7 739 hombres entre los 15 y 24 años, en donde el 54.6 % (4 225) indicaron que fueron relaciones consentidas, 8.5 % (66) fueron no consentidas, y un 37 % (2 863) manifestaron que tenían sentimientos mixtos hacia dicha experiencia. El estudio concluyó que la educación sexual y reproductiva y el

apoyo a los padres, escuelas y comunidades, con el fin de que se diese un desarrollo sexual sano, eran prioritarios (Lindberg et al., 2019).

Distintos estudios, que valoraron las edades de las víctimas adultas masculinas, identificaron que, en su mayoría, se encontraba entre los 20 y 30 años de edad (McLean, 2013; Henslye et al., 2005; Choudhary, 2009).

2. Violencia durante la infancia:

Un estudio del 2020, que valoró a 423 hombres, correlacionó que los hombres que manifestaron haber sufrido de abuso físico y sexual durante la infancia eran más propensos a experimentar violencia sexual durante la etapa adulta, tanto en papel de víctimas como de perpetradores. El abuso sexual durante la infancia tiene un poder predictivo significativo para la perpetración de violencia física, sexual, poliperpetración y victimización a violencia física y sexual. Por esta razón, el valorar la psicopatología del desarrollo y el estudio de las condiciones relacionadas con las experiencias adversas durante la infancia, se utiliza con el fin de plantear parámetros que puedan establecer la relación entre el abuso infantil y las condiciones de victimización o perpetración de delitos sexuales en la etapa adulta. Por esto, los autores de este estudio instaron al desarrollo de programas de prevención contra la victimización masculina (Voith et al., 2020).

También se ha indicado que el abuso sexual infantil es un problema de salud pública por el delito en sí, y por sus posibles secuelas y riesgos, incluyendo la revictimización durante la edad adulta. Entre los factores de riesgo específicos se establecieron: el maltrato recurrente en el hogar, el comportamiento sexual de riesgo (principalmente durante la adolescencia), el trastorno de estrés postraumático, la disregulación emocional y otras estrategias de afrontamiento desadaptativas. Como factor protector se identificó la percepción del cuidado parental (Scoglio et.al, 2019).

3. Condición de discapacidad:

Un estudio estadounidense del 2015 evidenció que los hombres con condición de discapacidad reportaban violencia sexual en una mayor proporción en comparación a hombres sin dicha condición (8.8 % versus 6 %). Esto permitió plantear que se debía considerar la condición de discapacidad como un factor demográfico de riesgo en futuras investigaciones relacionadas con violencia sexual, y que el personal de salud debía de

realizar un tamizaje en dicha población a fin de evidenciar este tipo de casos (Mitra et al., 2015). Estos porcentajes fueron basados en el tamaño de la población estudiada, debido a que no mencionan el tamaño muestral.

Otro estudio estadounidense del 2016 evidenció que los hombres con condición de discapacidad presentaban un riesgo mayor a experimentar violencia sexual en comparación a la población masculina sin condición de discapacidad. Específicamente, en el caso de las personas con discapacidad, presentan un riesgo incrementado de sufrir coerción sexual, ser forzados a penetrar a la persona perpetradora, o de experimentar experiencias sexuales sin contacto no deseadas (Basile et al., 2016).

Durante el 2017 se documentó un estudio en el que, de una muestra de 350 personas adultas con condición de discapacidad (hombres y mujeres), un 31.5 % (110) de los hombres reportó abuso sexual durante su infancia, y un 14.9 % (52) manifestó victimización sexual durante su etapa adulta. Familiares, parejas sentimentales y personas conocidas fueron las personas que relacionaron de forma más frecuente como las personas perpetradoras (Platt et al., 2017).

4. Etnia:

En el estudio Sex Offenses Reported Via National Incident Based Reporting System (NIBRS) in 2013, publicado en el 2015 por el Bureau de Investigación Federal (FBI) de los Estados Unidos, se determinó que para el 2013 se reportaron 64 979 casos relacionados con delitos sexuales, con 75 652 víctimas y 76 724 presuntas personas perpetradoras. Se reportaron:

- a. 26 994 casos de violación, de las cuales: 20 366 personas blancas, 5 146 personas negras o afroamericanas, 291 personas indígenas americanas, 219 personas asiáticas, 1 persona de otro tipo de etnia (indígena hawaiana o de las Islas del Pacífico) y 971 de etnia no reportada.
- b. 4 976 casos de violación de persona menor de edad, de las cuales: 3 849 personas blancas, 800 personas negras o afroamericanas, 62 personas indígenas, 29 personas asiáticas, 0 personas de otro tipo de etnia (indígena hawaiana o de las Islas del Pacífico) y 236 de etnia no reportada.
- c. 7 586 casos de penetración anal, de las cuales: 5 498 personas blancas, 1 706 personas negras o afroamericanas, 49 personas indígenas americanas, 40 personas asiáticas, 1 persona de otro tipo de etnia (indígena hawaiana o de las Islas del

- Pacífico) y 308 de etnia no reportada.
- d. 1 178 casos de incesto (208 casos en hombres y 973 casos en mujeres), de las cuales: 966 personas blancas, 150 personas negras o afroamericanas, 7 personas indígenas americanas, 2 personas asiáticas, 0 personas de otro tipo de etnia (indígena hawaiana o de las Islas del Pacífico) y 62 de etnia no reportada.
 - e. 32 326 casos por tocamiento, de las cuales: 24 960 personas blancas, 5 075 personas negras o afroamericanas, 260 personas indígenas americanas, 244 personas asiáticas, 7 persona de otro tipo de etnia (indígena hawaiana o de las Islas del Pacífico) y 1 959 de etnia no reportada.

En dicho documento no se detalló el género en relación a las edades de cada uno de los casos.

Durante el 2017 se realizó un estudio a 176 hombres latinos de Estados Unidos que mantenían relaciones sexuales con hombres. El estudio evidenció que el 22.16 % (39) manifestaron haber experimentado abuso sexual durante su infancia. El mismo estudio documentó a su vez, que las personas que reportaron haber experimentado este tipo de violencia sexual eran más propensos a sufrir síntomas depresivos significativos, y en mayor frecuencia de comportamientos sexuales de riesgo (por ejemplo: relaciones sexuales con múltiples compañeros, sexo anal sin el uso de preservativo) (Levine et al., 2017).

Un estudio de violencia de pareja en poblaciones indígenas de Estados Unidos, evidenció que, del grupo de 1505 hombres, el 27 % (406) manifestó haber experimentado alguna clase de violencia sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida; aunado a que el 9.9 % (104) de los hombres indicaron haber sufrido violencia sexual el año previo al estudio. Dicho estudio estableció que la población indígena estadounidense era más propensa a experimentar victimización violenta y barreras ante los servicios de atención en comparación a su contraparte de etnia blanca (Rosay, 2016).

Otro estudio del 2016, sobre violencia de pareja en hombres asiáticos y de las Islas del Pacífico en Estados Unidos que mantenían relaciones sexuales con hombres, documentó que el 35.8 % indicó haber sufrido algún tipo de maltrato por parte de una pareja (maltrato físico, psicológico o sexual), mientras que un 64.2 % expresó haber sufrido dos o más tipo de maltrato, de los cuales

un 29.1 % refirió haber sufrido de violencia por parte de una pareja en los últimos 5 años, y un 40.8 % manifestó haber sufrido maltrato sexual en los últimos 5 años (Tran et.al, 2014). Estos porcentajes fueron basados en el tamaño de la población estudiada, debido a que no se menciona el tamaño muestral.

Un análisis del Estudio de Salud del Vecindario de Detroit durante el 2008-2009, determinó que, de un grupo de 545 hombres afroamericanos, el 5.1 % (28) relató haber sufrido de algún tipo de delito sexual durante su vida. A su vez, evidenció que las víctimas de violencia sexual eran 4 veces más propensas de exhibir síntomas de estrés postraumático que las personas que no fueron víctimas de este tipo de violencia (Walsh et.al, 2014).

Cabe destacar que las incidencias por regiones y países pueden variar igualmente según las características étnicas de la población y la presencia de grupos étnicos minoritarios.

5. Orientación sexual, identidad de género y preferencias sexuales:

En relación con las poblaciones masculinas heterosexuales y homosexuales, se han evidenciado resultados variados entre cuál población presenta mayor riesgo sufrir de delitos sexuales (Hodge et al., 1998; Kimerling et.al, 2002; Mitra et al, 2016).

Un estudio comparativo entre hombres que tenían relaciones sexuales exclusivamente con mujeres y hombres que tenían relaciones sexuales tanto con mujeres como con hombres, evidenció que este segundo grupo manifestó en mayor porcentaje haber vivido de violencia sexual (64.8 % versus 38.9 %). El grupo de hombres que mantenía relaciones sexuales con ambos sexos también reportó en mayor proporción haber sido víctimas de un perpetrador masculino, y en segunda proporción por ambos sexos (Wegner et al., 2020). Estos porcentajes fueron basados en el tamaño de la población estudiada, debido a que no se menciona el tamaño muestral.

En el 2019 se publicó un estudio de una población de 150 adultos transmasculinos de mujer a hombre que evidenció que el 51 % (76) de la población manifestó haber sufrido violencia sexual por parte de alguna pareja sentimental durante su vida (Peitzmeier et al., 2019).

6. Ubicación geográfica: como descrito previamente, el World Population Review (WPR) publicó estadísticas en relación a violaciones a nivel mundial del 2022, documentando que

los 10 países principales con mayor incidencia de violaciones denunciadas por cada 100 000 habitantes fueron:

País	Incidencia por cada 100 000 habitantes
Granada	144
Reino Unido	109
Suecia	85.9
Panamá	76.2
Islandia	68.7
Francia	59
San Cristóbal y Nieves	48.3
Dinamarca	48.1
El Salvador	43.2
Estados Unidos	41.8

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de Costa Rica se reportó una incidencia de 39.4 por cada 100 000 habitantes.

Un estudio estadounidense que valoró 1436 casos por delito sexual durante el periodo de octubre del 2015 a febrero del 2021, determinó que el 47.07 % (676) correspondían a población pediátrica, y el 52.92 % (760) a población adulta, detallando que 87.18 % (1252) eran presuntas víctimas mujeres y 12.81 % (184) correspondían a hombres. También identificó que 4.24 % (61) de los casos correspondían a víctimas masculinas de áreas rurales, y 22.07 % (317) correspondían a víctimas femeninas de áreas rurales, mientras que 8.56 % (123) correspondía a víctimas masculinas de áreas urbanas y 65.11 % (935) fueron víctimas femeninas de áreas urbanas. Este estudio evidenció que era mayor la incidencia de delitos sexuales ocurridos en áreas urbanas en comparación a las áreas rurales (Salt et al., 2023).

Un análisis estadounidense con una muestra de 222 encuestas realizadas a profesionales sobre la percepción de violencia de género durante el periodo de setiembre del 2020 a diciembre del 2020, evidenció que 41.89 % (93) correspondían a trabajadores de áreas rurales, 35.13 % (78) fueron trabajadores de áreas urbanas o suburbanas y en el 22.52 % (50) de los casos no se completó el dato demográfico de la presunta víctima. Cabe destacar que se documentó que la percepción de la población estudiada fue que, durante el periodo de la pandemia, el acceso a las distintas entidades para la atención de casos por delito sexual disminuyó (Lynch & Logan, 2022). Este análisis evidenció una posibilidad de mejoras de atención y acceso a los servicios

encargados del abordaje ante delitos por violencia también pueden afectarse por factores externos como una pandemia, y que dicha afectación también puede tener un impacto diferente según el lugar en donde reside la presunta víctima.

Un artículo de investigación indio que analizó 148 casos de presuntas víctimas de delito sexual atendidas durante el año del 2019, evidenció que el 97.5 % (144) de los casos eran mujeres y el 2.5 % (3) hombres menores de edad. El 57, 4 % (85) correspondían a presuntas víctimas de áreas rurales y 41.8 % (62) de presuntas víctimas de áreas urbanas (Verma et al., 2020).

El reporte de estadísticas de las provincias de Canadá evidenció que, durante el 2023, la tasa de agresiones sexuales fue 1.5 veces mayor en áreas rurales en comparación a las áreas urbanas; en donde Ontario fue la provincia que presentó la brecha de incidencia más amplia con un 69 % (128 casos por cada 100 000 habitantes) en áreas rurales en comparación a la incidencia de las áreas urbanas (76 casos por cada 100 000 habitantes). A excepción de Newfoundland and Labrador (-23 %), New Brunswick (-4 %) y Prince Edward Island (+3 %), el resto de provincias tuvo al menos un porcentaje de 23 % más casos en áreas rurales en comparación a las áreas urbanas (Cotter, 2025).

En Costa Rica, de acuerdo con el Observatorio de violencia de género contra las mujeres y acceso a la justicia del Poder Judicial, el desglose de casos entrados a Fiscalías Penales de Adultos por delitos sexuales durante el 2022, según provincia, fue de: 24 % en San José, 24 % en Alajuela, 15 % en Puntarenas, 13 % en Limón, 9 % en Cartago, 8 % en Guanacaste y 7 % en Heredia.

A nivel tanto internacional como nacional, se ha evidenciado el análisis y documentación de la distribución porcentual general por regiones de los delitos sexuales, y en la mayoría de los casos no se detallaron otros factores a partir de esta variable, como la edad y género de la presunta víctima.

7. Nivel de escolaridad y profesión laboral: no se evidenciaron artículos de investigación, estudios ni estadísticas que evidenciaron el nivel de escolaridad o la profesión laboral de las presuntas víctimas que denuncian delitos sexuales.

Los factores sociodemográficos previamente descritos fueron los que se lograron documentar

en relación a las presuntas víctimas masculinas de delitos sexuales. Pero, a nivel internacional y nacional, no se logró recopilar mayor información; sin embargo, se pudo evidenciar que existe una mayor cantidad de información, tanto internacional como nacional, en relación con los factores sociodemográficos y lesionología de las presuntas víctimas femeninas, y de los factores sociodemográficos de las personas perpetradoras.

2.8 Anatomía y Fisiología de la región genital y paragenital masculina

2.8.1 Anatomía de la región genital y paragenital masculina

A fin de abordar el estudio del área genital y paragenital masculina, las consideraciones anatómicas y fisiológicas de las estructuras que los componen son necesarias. Para un adecuado abordaje médico-legal al examen físico del área genital y paragenital masculina, es importante conocer las características anatómicas y fisiológicas, con el fin de poder determinar las lesiones y alteraciones que las mismas pueden presentar ante posibles mecanismos de trauma o ante el contagio de enfermedades de transmisión sexual, las cuales también podrían tener una relación de causalidad con los hechos ante una denuncia por delito sexual.

El sistema genital masculino se conforma de: el pene, el escroto, los testículos, el epidídimo, las vías espermáticas (conductos deferentes, vesículas seminales, conductos eyaculadores y uretra), y las glándulas anexas (próstata y glándulas bulbouretrales) (Pró, 2012; Moore, 2017).

1. Pene: el pene (que significa cola y proviene etimológicamente del latín) corresponde al órgano masculino de la cópula y por donde se excreta la orina. Se localiza por debajo de la sínfisis del pubis y por encima del escroto; es una estructura cilíndrica compuesta por tres cuerpos cilíndricos de tejido cavernoso eréctil. El pene se encuentra recubierto por una cápsula fibrosa denominada como la túnica albugínea; y por fuera de esta túnica se encuentra la fascia profunda del pene, que conforma una túnica común para los dos cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso (Moore et al., 2017; Pró, 2012; Vega, 2013).

De acuerdo con Moore y Pró, los cuerpos cavernosos se disponen lateralmente a la porción dorsal del pene, mientras que el cuerpo cavernoso se ubica ventralmente y contiene la uretra, la cual se distribuye longitudinalmente a través del pene.

El pene cuenta con:

- a. Una raíz que se inserta en el espacio perineal entre la membrana perineal y la fascia superficial del periné. Se encuentra adherida a la línea alba en la porción superior y a la sínfisis del pubis en la porción inferior mediante el ligamento suspensorio del pene. La raíz cuenta con pilares, bulbo, rodeada por los músculos isquiocavernoso y bulboesponjoso. En el espacio superficial del periné se localiza el bulbo del pene en medio de las raíces del pene, el cual es atravesado por la uretra esponjosa.
- b. Un cuerpo que se caracteriza por ser la porción libre y péndula del órgano cuando este se encuentra flácido. Formado por los cuerpos cavernosos y esponjoso, no tiene músculos excepto algunas fibras del músculo bulboesponjoso cerca de su raíz.

Presenta una cara superior o dorso del pene y una cara inferior o cara uretral.

En el extremo distal del cuerpo del pene se localiza el glande, el cual está compuesto únicamente de cuerpo esponjoso. El glande es una estructura cónica que presenta un borde posterior o corona del glande que por detrás del mismo tiene una hendidura denominada como el surco balanoprepucial. El glande contiene la mayor cantidad de terminaciones sensitivas del cuerpo del pene.

La piel y fascias que revisten el pene se prolongan en un pliegue libre denominado como el prepucio, el cual recubre a su vez el glande en una extensión variable. Este repliegue cutáneo, en su cara interna es de mucosa. A su vez, se evidencia un pliegue medio conocido como el frenillo del prepucio, el cual se localiza desde la capa profunda del prepucio hasta el punto inmediatamente inferior al orificio externo de la uretra.

El peso del pene es sostenido por dos ligamentos que se continúan con las fascias del pene: el ligamento en fronda del pene y el ligamento suspensorio.

Excepto por algunas fibras del músculo bulboesponjoso cercanas a la raíz del pene, y el músculo isquiocavernoso que rodea los pilares, el pene no contiene músculos.

La irrigación del pene es dada por las ramas de las arterias ilíacas internas:

- a. Las arterias dorsales: irrigan el tejido fibroso que rodea los cuerpos y la piel del pene.
- b. Las arterias profundas: irrigan el tejido eréctil del pene.
- c. La arteria del bulbo: irrigan la porción superior del cuerpo esponjoso y la glándula bulbouretral.

Las arterias profundas son las principales encargadas de la irrigación de los espacios cavernosos y de los tres cuerpos del pene, pues son las que intervienen en el proceso de erección.

Acerca del drenaje venoso del pene, la sangre de:

- a. Los espacios cavernosos son drenados por: el plexo venoso tributario de la vena dorsal profunda, tributaria del plexo venoso prostático.
- b. Las capas superficiales del pene son drenadas por: la vena dorsal superficial, tributaria de la vena pudenda externa superficial.

La inervación del pene es abundante y derivada de los segmentos S2-S4 de la médula espinal:

- a. Nervio dorsal del pene: ramo terminal del nervio pudendo, inerva la piel y el glande del pene.
- b. Nervio ilioinguinal: ramo perineal del nervio cutáneo posterior, inerva la piel que cubre la raíz del pene.
- c. Ramos escrotales posteriores: provenientes del nervio perineal, inerva, junto con el nervio ilioinguinal, la piel que cubre la raíz del pene.
- d. Nervios cavernosos: provenientes del plexo hipogástrico, relacionados con la erección del pene.

La revisión sistemática más grande publicada tuvo una muestra de 15 521 hombres y reportó una longitud promedio en flacidez de 9.16 cm y en erección de 13.2 cm, con una circunferencia en reposo de 9 cm y en erección de 11.66 cm (Carrillo-Córdova et al., 2018).

Un artículo del 2001 que estudió una muestra de 3 300 hombres italianos entre los 17 y

19 años de edad reportó una longitud promedio de pene en flacidez de 9.0 cm con un promedio de circunferencia en reposo de 10.0 cm. En este estudio se indicó que la longitud del pene tenía una alta correlación con la talla y el peso (Ponchietti et al., 2001). En relación con la longitud y grosor del pene, un artículo guatemalteco del 2005 que valoró una muestra al azar de 50 hombres midió la longitud del pene desde el pubis al glande y la circunferencia del cuerpo del pene en estado de flacidez y en erección. Se indicó que en el 72 % (36) se utilizó alprostadil intravenoso y el 28 % (14) presentó una erección espontánea. Los resultados arrojados fueron que el tamaño promedio del pene en flacidez fue de 10 cm y en erección fue de 15 cm, mientras que el grosor del pene en flacidez fue de 10 cm y en erección de 11 cm. Cabe destacar que indicaron que no existían diferencias significativas con la edad, ni si correspondía a una persona proveniente de un área rural o urbana, y tampoco evidenciaron diferencias en cuanto a la erección espontánea y la inducida por alprostadil (Granados-Loarca et al., 2005).

Un estudio indio, publicado en el 2007, que valoró una muestra de 301 hombres con el pene flácido y 93 hombres con el pene erecto, determinó una media de longitud de pene en flacidez de 8.21 cm con una media de circunferencia de 9.14 cm, y una media de longitud de pene en erección de 13.01 cm, con una media de circunferencia de 11.46 cm (Promodu et al., 2007).

En el 2014 se publicó un análisis de 1 661 hombres estadounidenses, en donde se reportó una longitud del pene erecto promedio de 14.15 cm con una circunferencia promedio de 12.23 cm (Herbenick et al., 2014).

Se publicó un estudio cohorte en el 2015 con una muestra de 778 hombres del Medio Oriente, con una edad media de 43.7 años, en un rango de 20-82 años, en donde se determinó una longitud del pene erecto desde la sínfisis del pubis a la punta de 14.34 cm con una circunferencia erecta de 11.50 cm (Habous et al., 2015).

Un artículo mexicano del 2018 estudió la correlación entre las medidas antropométricas y peneanas en la población mexicana, con una muestra de 150 hombres con una talla media de 1.65 m (± 0.76), IMC de 27 kg/m² (± 4.3) e índice de cintura-cadera de 1.02 (± 0.133). Se determinó un longitud de la base a la punta de 8.7 cm (± 1.8), longitud de la base a la punta en estiramiento de 10.9 cm (± 2.2), circunferencia de la base del pene de 8.1 cm (± 1.3) y del surco balano-prepucial de 8.4 cm (± 1.3). Se concluyó que el tamaño del pene

en la población mexicana era similar al reportado en otras series internacionales, y que la talla no se correlacionaba con las mediciones del pene; sin embargo, sí se determinó que existía una correlación lineal negativa con el índice de masa corporal e índice de cintura-cadera y una correlación lineal positiva con la circunferencia peneana (Carrillo-Córdova et al., 2018).

2. Escroto: se origina a partir de la evaginación de la piel de la pared abdominal anterior. Es definido como un saco fibromuscular cutáneo laxo que se ubica en la región posteroinferior del pene e inferior de la sínfisis del pubis (Moore, 2017; Pró, 2012).

Se compone de dos capas: una piel intensamente pigmentada y la fascia dartos (una capa de fibras musculares lisas) cuya fijación a la piel provoca la retracción del escroto ante estímulos como el frío (Moore, 2017; Pró, 2012). La piel del escroto presenta el rafe escrotal sobre la línea media, el cual se forma durante el desarrollo y lo divide en un hemiescroto derecho e izquierdo. En los adultos, la piel presenta pelos con glándulas sebáceas y sudoríparas (Pró, 2012).

3. Testículos: comprenden generalmente dos órganos ovoideos de consistencia duroelástica y textura lisa, contenidos dentro de la bolsa escrotal y suspendidos por el cordón espermático.

En cada testículo, existen dos polos (superior e inferior), dos caras (lateral y medial) y dos bordes (anterior y posterior), y se encuentran recubiertos por diversas túnicas. Estos son los encargados de la formación de los espermatozoides y producción de hormonas como la testosterona (Moore, 2017).

Su irrigación es dada por las arterias testiculares, ramas de la aorta abdominal. El drenaje venoso es por las venas testiculares tributarias del plexo pampiniforme; en donde la sangre venosa, más fría dentro del plexo pampiniforme, absorbe el calor de la sangre arterial, proporcionando un sistema termoregulador al testículo (Moore, 2017).

4. Epidídimo: consiste en un conducto enrollado sobre sí mismo, de aproximadamente 4m de longitud, formando por una masa de 5cm, en promedio, localizada sobre el borde posterior de cada uno de los testículos (Moore, 2017).

Consiste en:

- a. Una cabeza, que corresponde a la porción expandida superior, que contiene los lobulillos.
 - b. Un cuerpo, el conducto del epidídimo contorneado.
 - c. Una cola, que se continúa con el conducto deferente, encargada de transportar los espermatozoides desde el epidídimo hasta el conducto eyaculador y su consecuente expulsión a través de la uretra prostática (Moore, 2017).
5. Cordón espermático: estructura anatómica que suspende a los testículos dentro de la bolsa escrotal, conformada por estructuras vasculares, nerviosas y ductales envueltas por fascias y fibras musculares.

Se encuentra conformado por:

- a. El conducto deferente: una estructura muscular que se encarga del transporte de los espermatozoides desde el epidídimo al conducto eyaculador.
 - b. La arteria testicular: rama de la aorta, se encarga de la irrigación del testículo y el epidídimo.
 - c. La arteria del conducto deferente: rama de la arteria vesical inferior.
 - d. El plexo pampiniforme: una red venosa compuesta por 12 canales venosos aproximadamente, que drenan hacia las venas testiculares.
 - e. Las fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticas.
 - f. La rama genital del nervio genitofemoral: la cual inerva el músculo cremáster.
 - g. Los vasos linfáticos: que drenan el testículo y las estructuras íntimamente asociadas, en los ganglios linfáticos a nivel lumbar y preaórtico (Moore, 2017; Pró, 2012; Vega, 2013).
6. Las vías espermáticas:
- a. *Los conductos deferentes*: una estructura tubular que se origina a partir de la continuación de conducto del epidídimo y finaliza en la uretra. Se conforma de las siguientes porciones:
 - i. La porción escrotal: unido al epidídimo por medio de un tejido laxo.
 - ii. La porción funicular: localizada dentro del cordón espermático.

- iii. La porción inguinal: a nivel del conducto inguinal.
 - iv. La porción pelviana: parte que se introduce en la pared lateral de la pelvis para posteriormente atravesar el anillo inguinal profundo (Moore, 2017; Pró, 2012).
- b. *Las vesículas seminales*: son estructuras tubulares con paredes delgadas cuya capa externa o adventicia se compone de tejido conectivo, el cual fija estas glándulas al fondo vesical. A su vez, presenta una capa muscular y una mucosa, la cual está revestida por un epitelio secretor encargado de formar el producto que colabora con la constitución del semen (Moore, 2017; Pró, 2012).
- c. *Los conductos eyaculadores*: formados a partir de la unión del conducto excretor de las vesículas seminales y la porción terminal del conducto deferente (la ampolla del conducto deferente) (Moore, 2017; Pró, 2012).
- d. *La uretra*: se extiende desde el orificio interno de la uretra, a nivel del trígono vesical, hasta el orificio externo de la uretra a nivel del glande. En adultos, mide aproximadamente 15 cm de longitud y proporciona una salida para el semen y transporta la orina hacia el exterior. Presenta 4 porciones:
- i. Uretra intramural o preprostática: es la porción de la uretra localizada dentro de la pared muscular de la vejiga urinaria.
 - ii. Uretra prostática: corresponde a la porción que atraviesa la próstata. En la pared de la uretra prostática se encuentra:
 - El esfínter interno de la uretra: localizado por encima del colículo seminal. Cuando este músculo se contrae, evita la eyaculación retrógrada hacia la vejiga urinaria.
 - La cresta uretral: la cual presenta un surco a cada lado, el seno prostático en donde la mayoría de los conductos prostáticos se abren. A su vez, presenta el colículo seminal que contiene los orificios del conducto eyaculador.
 - iii. Uretra membranosa o intermedia: localizada entre la uretra prostática y membranosa, atraviesa el pido de la pelvis entre el borde posterior del ligamento transversal del periné y el músculo transversal profundo del periné.

iv. Uretra esponjosa: corresponde a la porción más larga de la uretra masculina, se extiende desde la entrada de la uretra al cuerpo esponjoso hasta el orificio externo de la uretra. Contiene al esfínter externo de la uretra, derivado del músculo transverso profundo del periné, su contracción produce el cierre voluntario de la uretra (Moore, 2017; Pró, 2012; Vega, 2013).

7. Las glándulas anexas:

a. La próstata: es una estructura accesoria correspondiente a una glándula tubuloalveolar impar ubicada por debajo de la vejiga urinaria, posterior a la sínfisis del pubis y anterior al recto; y que se encuentra rodeando a la uretra prostática en la cavidad pélvica (Drake et al., 2018; Pró, 2012).

Tiene una forma de cono redondeado e invertido, cuya base se encuentra fusionada con la vejiga urinaria, que continúa por encima con el cuello de la vejiga, en un vértice más estrecho que se apoya por debajo en el suelo pélvico.

Las superficies inferolaterales de la próstata se encuentran en contacto con los músculos levadores del ano, y están formadas por un lóbulo derecho y un lóbulo izquierdo, los cuales son palpables mediante el tacto rectal.

Se conforma de 30 a 40 glándulas individuales y completas, que se encuentran desde el epitelio de la uretra hasta la pared circundante de la misma; cada glándula presenta su propio conducto que desemboca en los senos prostáticos de la cara posterior a nivel del lumen de la uretra (Moore, 2017; Pró, 2012; Vega, 2013).

b. Las glándulas bulbouretrales: son un grupo de pequeñas glándulas mucosas ubicadas en el extremo posterior del bulbo del pene, a nivel del músculo transverso profundo del periné. Producen un líquido claro y viscoso que desemboca en la uretra durante la eyaculación (Pró, 2012).

8. Periné: corresponde al espacio delimitado anteriormente por la sínfisis del pubis, a los lados por las ramas isquiopúbicas con las tuberosidades isquiáticas, y posteriormente con el coxis, los ligamentos sacrospinoso y sacrotuberoso. El periné se encuentra dividido por una línea transversal que une a las dos tuberosidades isquiáticas en: un

triángulo anterior o región urogenital y un triángulo posterior o región anal.

El rafe del escroto se continúa con el rafe perineal. En el periné se encuentran también los músculos del periné que se subdividen en los músculos del triángulo anal y los músculos del triángulo urogenital.

El periné contiene a su vez el cuerpo perineal, que consiste en una capa elástica de tejido ubicada entre el recto y la uretra. Dicho cuerpo se compone por la fascia y los tendones de los músculos elevadores del ano, transverso profundo del periné, bulboesponjoso, esfínter anal externo y algunas fibras de músculo ligo de la vejiga urinaria y el recto. A su vez, el cuerpo perineal se encuentra conectado con la cápsula prostática (Moore, 2017; Pró, 2012).

2.8.2 Fisiología de la erección

Es necesario conocer sobre la fisiología de la erección, debido a que, desde el abordaje de la perspectiva médico-legal, el conocimiento de esta fisiología puede colaborar a la administración de la justicia al evidenciar objetivamente la posibilidad de mantener una erección por parte de la persona a valorarse y, en el caso de un presunto imputado, su posibilidad para perpetuar un posible delito sexual según los hechos denunciados por la presunta víctima.

La erección del pene se considera como un evento neurovascular modulado por factores psicológicos y por el estado hormonal (Martínez-Salamanca et al., 2010). Cuenta con cuatro fases sucesivas: la flacidez, la tumescencia, la rigidez y la detumescencia; cada una representa las variaciones en el volumen sanguíneo del pene, regulado por una regulación neurológica bajo la influencia hormonal y el contexto psicológico (Wespes, 2002).

Las variaciones en el volumen sanguíneo del pene pueden evidenciarse por medio de las siguientes fases:

1. Fase de la flacidez: corresponde a la fase de reposo del pene, cuando se encuentra flácido.
2. Fase de la tumescencia o erección completa: durante la estimulación sexual, los impulsos nerviosos provocan la liberación de los neurotransmisores de las terminales del nervio cavernoso y de los factores que actúan sobre las células endoteliales en el

pene (como el óxido nítrico), lo cual induce a la relajación de los músculos lisos de las arterias y arteriolas del tejido eréctil, provocando la vasodilatación y el incremento en el flujo sanguíneo del pene. De manera concomitante, se produce la relajación del músculo liso trabecular, lo cual incrementa la distensibilidad de los sinusoides, facilitando el llenado y la expansión del sistema sinusoidal. Así mismo, el plexo venoso subtúnica se comprime entre las trabéculas y la túnica albugínea, ocluyendo el flujo venoso casi en su totalidad (Martínez-Salamanca et al., 2010; Dean R & Lue T, 2005).

Estos eventos capturan la sangre dentro de los cuerpos cavernosos, aumentando el volumen del pene y generando una erección con una presión intracavernosa aproximada de 100 mm de Hg (Martínez-Salamanca et al., 2010).

3. Fase de la rigidez o erección rígida: durante la masturbación o el coito, la contracción de los cuerpos bulbocavernosos e isquiocavernosos comprimen la base del pene lleno de sangre, disminuyendo así la capacidad de los cuerpos cavernosos y provocando un aumento de la presión intracavernosa a varios cientos de milímetros de mercurio. Esto obstruye temporalmente la entrada y salida de la sangre (Martínez-Salamanca et al., 2010; Dean & Lue, 2005).
4. Fase de la detumescencia: se caracteriza por el cese de la liberación de neurotransmisores, la interrupción de los segundos mensajeros, y la descarga simpática durante la eyaculación, de tal manera que la contracción del músculo liso trabecular provoca nuevamente la apertura de los vasos venosos y la sangre es expulsada, volviendo el pene a su estado de flacidez y diámetros originales (Dean & Lue, 2005; Martínez-Salamanca et al., 2010).

La fase de detumescencia se puede clasificar en tres subfases (Dean & Lue, 2005; Bosch et al, 1999):

- i. *Primera subfase:* se produce un incremento transitorio de la presión intracavernosa debido a la contracción del músculo liso en contra del sistema venoso ocluido.
- ii. *Segunda subfase:* se evidencia una disminución paulatina de la presión intracavernosa, provocada por la reapertura de los vasos venosos y el retorno

de la irrigación a nivel basal por medio del flujo arterial.

- iii. *Tercera subfase:* se caracteriza por una rápida disminución de la presión intracavernosa y el restablecimiento de la capacidad del flujo venoso.

En síntesis, la erección del pene conlleva una relajación en los sinusoides, una dilatación arterial, y una compresión venosa en los cuerpos venosos (Martínez-Salamanca et al., 2010).

Sobre la regulación neurológica de la erección, se debe considerar la neuroanatomía y neurofisiología de la erección del pene, cuya inervación es dada tanto por el sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático) como por el sistema nervio somático (sensorial y motora). A su vez, por medio de estudios se ha evidenciado la influencia de las vías y centros supraespinales en la fisiología de la erección (Martínez-Salamanca et al., 2010).

1. Vías autónomas: intervienen en los eventos neurovasculares de la erección y detumescencia (Balmaceda, 2016; Martínez-Salamanca et al., 2010).
 - i. *Sistema simpático:* en los hombres, generalmente se origina en los segmentos T10 a T12 de la columna vertebral, y pasan a través de las ramas comunicantes a los ganglios de las cadenas simpáticas, las cuales originan algunas fibras viajan por los nervios espláncnicos lumbares a los plexos mesentéricos superior e inferior; luego se dirigen al pene a través de los nervios hipogástricos al plexo pélvico. La estimulación del tronco simpático provoca la fase de detumescencia.
 - ii. *Sistema parasimpático:* se origina de las neuronas en las columnas intermediolaterales de S2 a S4 de la médula espinal, las fibras preganglionares se dirigen hacia los nervios pélvicos y hacia el plexo pélvico, en donde se unen con los nervios simpáticos del plexo hipogástrico superior. Del plexo pélvico se originan los nervios cavernosos responsables de la inervación del pene; estos pueden lesionarse ante cirugías radicales del recto, vejiga, próstata y esfínteres, siendo una posible causa de disfunción eréctil iatrogénica. La estimulación parasimpática del plexo pélvico y los nervios cavernosos provoca la fase de tumescencia del pene.

Se ha evidenciado, por medio de pruebas con animales de experimentación, que ante una sección medular por debajo de L4 o L5, se elimina la respuesta eréctil refleja; sin

embargo, estos animales mantenían la respuesta eréctil psicógena (Courtois et al., 1993).

La erección psicógena puede ser inducida a través de una vía simpática toracolumbar en situaciones en donde se ha lesionado los centros parasimpáticos sacros (Paick & Lee, 1994). Dichas erecciones se han evidenciado en hombres que han sufrido lesiones motoneuronales inferiores a T12 (Bors & Camarr, 1960), mas no en los que han sufrido lesiones medulares por encima de T9 (Chapelle et al., 1980); esto implica que la inervación simpática eferente se localiza en T11 y T12. En los casos con sección medular inferior a T12, se ha evidenciado una erección psicógena con fase de tumescencia penial, pero con una rigidez insuficiente (Martínez-Salamanca et al., 2010).

2. Vías somáticas: colaboran con la sensibilidad y la contracción de los músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos (Balmaceda, 2016; Martínez-Salamanca et al., 2010).

La vía somatosensorial se origina en los receptores sensitivos de la piel del pene, glande, uretra y del cuerpo cavernoso. Las fibras nerviosas de estos receptores convergen, formando los haces del nervio dorsal del pene, para convertirse en el nervio pudendo. El nervio pudendo se une a la médula espinal a través de las raíces S2 a S4, y termina en las neuronas espinales e interneuronas en la sustancia gris central del segmento lumbosacro. Estas neuronas sensitivas envían señales de dolor, temperatura y tacto a través de las vías espinotalámicas y espinoreticulares al tálamo y la corteza sensitiva.

El núcleo de Onuf, localizado en S2 a S4, se considera el centro somato-motriz de la inervación del pene; viaja a través de los nervios sacros al nervio pudendo, inervando los músculos isquiocavernosos, bulbocavernosos y otros músculos estriados de la pelvis y del periné. La contracción de los músculos isquiocavernosos producen la fase de erección rígida, y la contracción rítmica de los músculos bulbocavernosos es necesaria para la eyaculación. El núcleo de Onuf genera como ramas:

- el nervio perineal, cuyas ramas inervan los músculos perineales, el esfínter uretral, el cuerpo esponjoso y parte del esfínter externo del ano.
- el nervio dorsal del pene, el cual constituye la vía aferente de la erección refleja y transmite los impulsos nerviosos desde la piel del pene, el prepucio, el frenillo, el glande y el tejido conectivo del septo intercavernoso hasta la médula espinal.

Dependiendo de la intensidad y naturaleza de la estimulación genital, es posible evocar distintos reflejos espinales por medio de la estimulación de los genitales, siendo el reflejo bulbocavernoso el más conocido, considerado básico para el examen neurológico genital y de la prueba de latencia electrofisiológica (Martínez-Salamanca et al., 2010).

En condiciones normales, los impulsos cerebrales viajan a través de las vías simpáticas, que inhiben la liberación de noradrenalina; las vías parasimpáticas que liberan óxido nítrico, y acetilcolina; y las vías somáticas, que liberan acetilcolina, provocando una erección rígida normal. En las personas que han sufrido lesión de la médula espinal a nivel sacro, los impulsos cerebrales son capaces de viajar a través de la vía simpática, inhibiendo la liberación de noradrenalina, mientras que la liberación del óxido nítrico y acetilcolina puede ser liberada a través de las sinapsis con las neuronas postganglionares parasimpáticas y somáticas; lo cual hace posible la erección. Sin embargo, si la cantidad de sinapsis entre la vía toracolumbar y las neuronas postganglionares parasimpáticas somáticas es menor, la erección resultante será menos intensa (Martínez-Salamanca et al., 2010).

3. Vías y centros supraespinales: a través de estudios en animales de experimentación, se ha evidenciado el área preóptica medial (MPOA) y el núcleo paraventricular (PVN) del hipotálamo y el hipocampo como centros de la integración de la función sexual y la erección del pene. Ante una electroestimulación, se evoca la erección y las lesiones en estas áreas limitan la misma (Martínez-Salamanca et al., 2010; Tang et al., 1998).

Las vías eferentes del MPOA penetran en el haz proencefálico medial y la región tegmental del mesencéfalo. Se ha demostrado que las patologías en estas regiones, como en la enfermedad de Parkinson o en eventos cerebrovasculares que afecten estos sitios, pueden asociarse con disfunción eréctil. En estudios animales, se ha demostrado una proyección directa de los núcleos del tálamo a los centros de la erección autonómica en la región lumbosacra; y las neuronas de estos núcleos talámicos poseen neurotransmisores como la oxitocina y la vasopresina, implicados en el proceso de la erección del pene (Martínez-Salamanca et al., 2010).

También se ha documentado la participación del tallo cerebral y algunos centros medulares en la función sexual (Martínez-Salamanca et al., 2010). El cerebro ejerce un

efecto modulador en las vías espinales de la erección, de tal manera que múltiples áreas de este se involucran en la función eréctil del pene, incluyendo el tálamo, hipotálamo, sistema líbico, tálamo ventral y los segmentos del mesencéfalo (Balmaceda, 2016).

Para una función sexual masculina normal, es necesario: una libido conservada, la capacidad para lograr y mantener una erección en el pene, la eyaculación y la fase de detumescencia (Balmaceda, 2016).

En los seres humanos, se han determinado tres tipos de erección (Balmaceda, 2016; Lue & Tanagho, 1987):

1. Erección refleja o por estimulación genital: se genera por medio del estímulo del área genital por medio del tacto, el cual genera un impulso nervioso que asciende a través de los nervios pudendo a la asta dorsal de la médula sacra y a la comisura gris dorsal, en donde es procesado por las interneuronas y transmitido a las neuronas motoras y parasimpáticas de los centros espinales a nivel sacro. Posteriormente, los impulsos eferentes viajan a través de los nervios dorsales y cavernosos a los genitales.
Como fue descrito previamente, este tipo de erección es posible aún en caso de lesiones en la médula espinal superior, sin embargo, también resulta en una erección menos intensa, de corta duración, y en la cual, la persona tiene poco control sobre la misma.
2. Erección psicógena o por estímulo central: se genera a través de estímulos visuales, auditivos, fantasías o recuerdos. Estos estímulos se procesan en distintos centros cerebrales y evocan una respuesta a través de los centros toracolumbares y sacros hacia los genitales.
3. Erección nocturna: se desconoce su mecanismo de acción, generalmente sucede durante la fase del sueño REM (fase de movimiento ocular rápido).

2.8.3 Valoración de la capacidad de erección

Una adecuada y completa valoración clínica médico legal de la capacidad eréctil es necesaria determinar la presencia o ausencia de signos que puedan sugerir patologías asociadas con la alteración de la función eréctil. Es imprescindible contar con una historia médico legal completa que aborde los antecedentes personales patológicos y no patológicos, considerando como

factores de riesgo: envejecimiento, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, dislipidemia, vasculopatía periférica, enfermedad tiroidea, enfermedades vasculares ateroscleróticas, tabaquismo, infecciones y enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, se debe interrogar por el uso de medicamentos que puedan interferir en la capacidad eréctil de la persona valorada y la presencia de patologías psiquiátricas como la depresión (Balmaceda, 2016; Chantada & Julve, 2010).

Por ende, en el examen físico se debe considerar realizar la medición de la presión arterial y frecuencia cardíaca, la palpación de pulsos, la palpación en búsqueda de masas o nódulos tiroideos que puedan generar la sospecha de patología tiroidea, la valoración del tórax anterior buscando si presenta ginecomastia y/o galactorrea, la inspección de las extremidades inferiores a fin de evidenciar si presentan signos compatibles de insuficiencia arterial o venosa, realizar el tacto rectal a fin de valorar el tono del esfínter anal y las características morfológicas de la próstata, la inspección de la distribución del vello púbico y los caracteres sexuales masculinos, la palpación de los testículos, la valoración de la morfología del pene, siendo que se recomienda su medición y palpación a fin de determinar si hay áreas de endurecimiento que puedan sugerir fibrosis y buscando identificar si existen signos de hipogonadismo. Con respecto a la evaluación de la integridad electrofisiológico y el examen neurológico genital, se deben valorar los reflejos osteotendinosos, la sensibilidad perianal y el reflejo bulbocavernoso (Balmaceda, 2016).

Cabe destacar que existen estudios complementarios que pueden colaborar con la determinación de una posible disfunción eréctil (neurógena y vasculogénica), los cuales se describen a continuación (Chantada & Julve, 2010):

1. Exámenes de laboratorio: la glicemia y el perfil lipídico con tamizaje por patologías crónicas, los niveles de hormona T3, T4, T3 libre y TSH ante la sospecha de patología tiroidea, la determinación matutina de la testosterona total y la testosterona libre que colaboran en el diagnóstico de hipogonadismo y, en caso de presentar niveles bajos de testosterona, complementar con la determinación de la hormona folículo-estimulante (FSH) y luteinizante (LH), el antígeno prostático ante sospecha de una patología de esta índole.

2. Prueba complementaria de valoración vascular: se detallan 2 pruebas ordenadas según la línea de abordaje:
- a) *Inyección intracavernosa de prostaglandina E1 (PGE1) con estimulación combinada*: consiste en la inyección intravenosa de un vasodilatador como la PGE1, la estimulación sexual genital o audiovisual y la evaluación de la erección por parte de la persona examinadora. Se considera como la prueba más informativa, en conjunto con el ultrasonido Doppler de pene.
 - b) *Ultrasonido Doppler de pene*: se considera como el método menos invasivo para evaluar la disfunción eréctil de origen vascular.
 - c) *Caversonometría y caversonografía de infusión dinámica (farmacológicas)*: consiste en la infusión de solución fisiológica y la monitorización simultánea de la presión intracavernosa a fin de evaluar el sistema de flujo de salida del pene posterior a la inyección intracavernosa de PGE1. En el caso de hombres con disfunción corporo-veno-oclusiva, no logran incrementar la presión intracavernosa hasta el nivel de la presión sistólica media con la infusión de la solución fisiológica, o presentan una rápida caída de la presión intracavernosa luego de suspender la infusión.
 - d) *Arteriografía selectiva de pene*: consiste en la inyección intracavernosa de un agente vasodilatador como la PGE-1 seguida de la canalización de la arteria pudenda interna y la inyección de un medio de contraste radiológico. Posteriormente, se evalúa la anatomía y aspecto radiológico de las arterias ilíacas, pudendas internas y peneanas. Hasta 1980 se consideraba como el estándar de oro y sigue siendo la prueba diagnóstica más cruenta.

En el Departamento de Medicina Legal de Costa Rica, actualmente no se cuenta con la posibilidad de realizar los estudios complementarios descritos previamente; sin embargo, podría tomarse en consideración para futuras valoraciones médico legales que conlleven la determinación de la capacidad eréctil de un evaluado.

2.9 Valoración médico-legal de la lesiónología traumática de la región genital, paragenital y extragenital masculina

2.9.1 Aspectos médicos legales de la valoración de delitos sexuales

2.9.1.1 Interrogatorio y aspectos de la valoración

Los objetivos que, desde la perspectiva médico-legal, deben considerarse en la valoración y pericia médico-legal en los casos de delitos sexuales, de acuerdo con Cañadas y Vargas Alvarado, consisten en:

1. Evidenciar los hechos denunciados (el acceso carnal, la penetración oral o anal, penetración por medio de objetos y otros actos de naturaleza sexual) y establecer la presencia de lesiones físicas y recolectar evidencias para una posible acción judicial con relación a casos por denuncia de delitos sexuales.
2. Analizar las circunstancias de los hechos denunciados a fin de identificar si existen datos objetivos como el uso de la fuerza o los medios utilizados.
3. Aportar datos que puedan colaborar con la identificación de la persona perpetradora y establecer las bases de su imputabilidad.
4. Tratar de establecer un vínculo entre la persona imputada con el hecho denunciado.

Dichos objetivos van a ser las pautas durante la realización de la historia médico-legal y el examen físico de casos por asuntos relacionados con delitos sexuales. Los objetivos de la historia médico legal en este tipo de casos son (Vargas, 2010):

1. Obtener información con relación a la secuencia de los hechos denunciados.
2. Adquirir un conocimiento de la capacidad cognitiva de la persona evaluada y su condición mental.
3. Comprobar la veracidad de los hechos narrados al compararlo con lo documentado a nivel del examen físico.
4. Lo descrito en la historia médico legal es orientativo hacia los exámenes de laboratorio y distintos estudios a solicitar para el análisis del caso.

Igualmente, es necesario considerar que, para estas valoraciones se requiere (Vargas, 2010; González, 2018; Madrigal & Roldán, 2007):

1. El consentimiento informado de la persona evaluada (presunta víctima o persona imputada).
2. Tener presente que la presunta víctima puede omitir detalles de los hechos en investigación de manera deliberada a fin de evitar malas consideraciones.
3. Realizar la historia médico legal detenidamente y sin premura.
4. Interrogar sobre antecedentes de interés:
 - a. Antecedentes personales patológicos y no patológicos
 - b. Antecedentes quirúrgicos
 - c. Estado Anterior: si la persona evaluada presenta antecedente de haber sufrido un delito sexual previo a los hechos denunciados
 - d. Estado Actual: sintomatología aquejada con relación a la evolución de los hechos en estudio
 - e. Estado Posterior: eventos similares posterior a los hechos en estudio

Entre la información valiosa a recopilar con respecto a los hechos denunciados:

- a. Fecha, hora aproximada y lugar de los hechos
- b. Tipo de violencia: tocamientos, penetración, vía de penetración (oral, vaginal, anal) y elemento utilizado para la penetración (pene, dedos, objetos, animales)
- c. Uso o no de preservativo
- d. Si se dio la eyaculación y en qué parte del cuerpo o cavidad de la persona
- e. Circunstancias de consumo o administración de sustancias (alcohol, fármacos, drogas de abuso, entre otros)
- f. Si los hechos ocurrieron con mediación de fuerza, intimidación o uso de armas por parte del presunto agresor
- g. Preguntar sobre acciones de la persona evaluada que pueden condicionar los resultados de la exploración y exámenes de laboratorio:
 - i. Si la presunta víctima se lavó algún área del cuerpo, si se bañó, orinó, defecó, vomitó o consumió alimentos alcohol u otras sustancias, después de los hechos en estudio
 - ii. Sobre la ropa que portaba al momento de los hechos y su posible

recuperación

5. Promover que la narración de los hechos sea de forma espontánea y posteriormente se realizaran las preguntas por parte de la persona perito. Cabe destacar que se busca evitar la revictimización, debido a que se recomienda la lectura previa al abordaje de la persona de la denuncia interpuesta, a fin de que la historia médico-legal sea dirigida al caso y lo menos revictimizante posible. No se debe insistir en caso de que la presunta víctima no desee responder alguna pregunta durante la historia médico legal.
6. Poner en evidencia si la presunta víctima tiene experiencia sexual previa o posterior. Se busca documentar si fue víctima previo o posterior a los hechos denunciados de violación (estado anterior), si había comenzado vida sexual previo a los hechos investigados, o si mantuvo relaciones sexuales previo a los hechos que están siendo investigados y las circunstancias en las que sucedió dicho acto (persona con la que tuvo relaciones sexuales, uso de preservativo, eyaculación, entre otros). Siendo estos estados anteriores o posteriores, pueden condicionar los resultados de ante estudios como los exámenes de laboratorio de muestras biológicas.
7. Posponer el interrogatorio si la persona evaluada presenta padecimientos físicos importantes, pues priva la atención médica asistencial y la salud de la persona evaluada. La valoración médico-legal se realiza en tanto la persona no presente lesiones o una condición de salud que ponga en riesgo su vida o integridad física, mental o emocional.
8. Se recomienda que la persona perito no muestre sorpresa y respete, en caso de suceder, el llanto de la presunta víctima.

Un abordaje objetivo y con rapport (la empatía necesaria para relacionarse con la persona evaluada de manera eficiente) son esenciales durante ese tipo de valoraciones.

Ninguno de los aspectos a recabar en la historia médico-legal se preguntará de forma directa, sino mediante preguntas abiertas, a fin de no introducir ideas falsas o que la pregunta conlleve una respuesta incluida (Madrigal & Roldán, 2007).

Cuando la valoración médico-legal es realizada a la persona denunciada, es necesario considerar como objetivos (Vargas, 2010):

1. Identificar la presencia de signos de coito reciente o signos de violencia
2. Establecer la fuerza física de la persona y si la misma es capaz de vencer a la de la presunta víctima
3. Documentar signos a la valoración que vinculen a la persona con el delito
4. En caso de ser un hombre, valorar la capacidad eréctil del mismo

En ambas valoraciones (a la presunta víctima y a la persona denunciada) es de suma importancia examinar la ropa que lleva puesta (en caso de ser la misma que portaba al momento de los hechos en investigación), debido a que el examen externo de las prendas es realizado por el perito médico-legal, a fin de documentar posible evidencia traza (materiales extraños, manchas, daños, entre otros). El embalaje y posterior análisis de las ropas le concierne al personal investigador y de Ciencias Forenses (Vargas, 2010).

2.9.1.2 Examen físico

Al momento del examen físico, se debe priorizar el cuidado, la protección y respeto a la persona a valorar.

Desde el punto de vista médico-legal, en los casos a valorar por asunto de delitos sexuales, según la denuncia interpuesta y la historia médico legal tomada a la presunta víctima, se procede con el examen físico. Previo al mismo, se debe realizar el consentimiento informado para la exploración física a la presunta víctima, incluyendo la posible toma de muestras de las distintas áreas anatómicas, según los hechos denunciados: la toma de muestra de sangre en los casos en donde la historia relate una posible sumisión química o consumo de sustancias por parte de la presunta víctima, y la toma de muestra de sangre para determinación del ADN de la presunta víctima a fin de distinguirla de los resultados que puedan evidenciarse con la toma de muestras de secreciones biológicas. Dicho consentimiento informado debe ser expuesto a la presunta víctima o, en caso de ser menor de edad, a su representante legal; la persona perito debe confirmar la comprensión por parte de los mismos y dar un espacio de tiempo, de ser necesario, para que lean el documento y en caso de estar de acuerdo, firmen y escriban su número de

identificación. En caso de que la persona no firme o no escriba, se considera la posibilidad de colocar la huella digital de la persona a valorar en el consentimiento informado.

La valoración física debe explorar las siguientes áreas:

1. Extragenital: correspondiente al área de la superficie corporal que no comprende el área genital ni sus alrededores (Vargas, 2010; Vargas, 2008); la cabeza, cuello, extremidades superiores, tórax, abdomen, dorso y extremidades inferiores excepto la cara interna de los muslos (Cañadas, 2018).

Interesa buscar signos de defensa en la víctima (en áreas como los antebrazos, rodillas, piernas y pies) y valorar áreas en donde hubo contacto con fluidos biológicos (saliva, semen, entre otros) o presencia de indicios (hojas, insectos, fibras, madera, entre otros) (Trejos, 2014).

2. Paragenital: conforma el área de la superficie interna de los muslos, la región inferior de la pared anterior del abdomen (región suprapúbica) y las regiones glúteas (Cañadas, 2018; Vargas, 2010; Vargas, 2008).

Es de importancia que, en esta área, se valore no sólo por posibles lesiones como contusiones simples, sino también por la presencia de indicios como fluidos biológicos o vellos púbicos desprendidos durante el acto sexual (Trejos, 2014).

3. Genital: se establece como la región que comprende los genitales externos, el periné (el área triangular ubicada entre los genitales externos y la región ano-rectal) y la región ano-rectal (Vargas, 2010; Cañadas, 2018).

Siendo el área genital la región en donde se da la mayor cantidad de delitos sexuales, se recomienda que la misma sea abordada de manera detallada y minuciosa, a fin de recabar todo posible indicio de trauma reciente. A su vez, se debe considerar, según sea el caso, el adecuado muestreo para la búsqueda de ADN de la persona agresora, así como posibles enfermedades de transmisión sexual. (Trejos, 2014)

En el caso de los hombres, según la historia médico-legal recabada, se deben examinar los genitales externos en busca de lesiones, posibles áreas de toma de muestras biológicas e indicios, con relación a los hechos denunciados.

Con respecto a la valoración del ano, la misma se puede realizar con la persona evaluada en posición genupectoral, dorsal con flexión de los muslos, decúbito lateral o decúbito dorsal con flexión de las rodillas y unión de los pies. Una de de las posiciones más utilizadas en nuestro medio es la genupectoral, que consiste en que la persona a valorar coloca sus muslos en un ángulo recto sobre las piernas, con las rodillas flexionadas sobre la camilla de exploración los glúteos en línea recta sobre los muslos (Vargas, 2010; Navarro, 1999).

Lacassagne recomendaba la valoración en posición genupectoral debido a que hace sobresalir los glúteos y permite el mejor reconocimiento del orificio anal; a su vez, facilita la exploración de la persona exploradora al permitir la separación de los glúteos con su mano en cada uno de ellos y movilizándolos hacia la región externa o lateral. Igualmente, la literatura ha establecido la posibilidad de valoración en posición decúbito lateral izquierdo, como en los casos de la población infantil (Cañadas, 2018).

Generalmente, para examinar la región anal sólo se requiere de una ligera tracción de las estructuras perianales: el examen físico de dicha área anatómica inicia con la observación e inspección de la región propiamente y de sus estructuras circundantes. Se debe valorar (Navarro, 1999):

- a) La piel de los márgenes anales, su coloración, humedad y aspecto.
- b) La simetría, profundidad y características de los pliegues anales. Se debe considerar realizar un estiramiento de cada uno de los pliegues con el fin de localizar lesiones pequeñas que se encuentren en medio de estos. Es recomendado, para dicha exploración, colocar las manos en los extremos superior e inferior de un glúteo y replegar la piel con cada mano en dirección contraria, estirando el tejido y, con ello, estirando y aplanando los pliegues. Luego, se repite la misma técnica con el otro glúteo.

- c) El estado del:
- i. Esfínter anal externo: se le solicita a la persona evaluada que realice una contracción del ano.
 - ii. Esfínter anal interno: se valora observando y/o midiendo el tono con el cual se contrae el ano, el mismo puede valorarse por medio del tacto rectal.
- d) La musculatura perianal: se valora solicitando a la persona evaluada que contraiga estos músculos, realizando un movimiento como de liberación de una flatulencia, produciendo dos movimientos:
- i. La contracción concéntrica del ano, que implica una adecuada contracción del esfínter anal externo.
 - ii. La ligera introducción del ano, el cual evidencia un adecuado estado del músculo elevador de ano.

En los casos en que existe una denervación en esta área, no se produce ninguna contracción.

- e) El examen neurosensorial: se valora el plexo lumbosacro, con mayor énfasis en la distribución del nervio pudendo y de los dermatomas S2 a S4.
- i. Reflejo cutáneo de la piel anal: es posible valorarlo al estimular la piel del ano con algún instrumento o solicitando a la persona que tosa a fin de obtener la contracción refleja del esfínter anal.
 - ii. Valorar la adecuada fisiología de la evacuación. Es posible al:
 - Interrogar a la persona evaluada sobre si es capaz de discriminar entre la evacuación de un líquido o de un gas.
 - Si, al palpar la pared anterior del recto durante el tacto rectal, le genera una sensación de necesidad de defecación.
- f) Tacto rectal: Martín indicaba que el examen por medio de visualización directa siempre debía complementarse con el tacto rectal, siendo el único medio para verificar la tonicidad muscular y para comprobar en caso de una parálisis de esfínter (Cañadas, 2018).

La persona examinadora procederá a colocarse los guantes y lubricar el dedo índice de una de las manos, a continuación, separa los glúteos de la persona a valorar y

coloca el índice lubricado sobre la comisura anterior del ano (generalmente con el índice de la mano dominante); se ejerce una presión firme y lenta a fin de introducir el dedo índice dentro del canal anal, a través del esfínter anal y hasta lo máximo posible en el ámpula rectal. Dependiendo de la longitud del dedo de la persona exploradora, la constitución física de la persona valorada y el grado de relajación muscular de la misma se puede introducir hasta unos 10 cm. Se considera una inserción efectiva para estudio, unos 7.5 cm (Villegas et al., 2010).

El tono de los esfínteres se puede evaluar junto con la musculatura anal, al valorar la contracción voluntaria del esfínter, que en condiciones normales eleva el canal anal; esto se puede examinar durante el tacto rectal, al colocar el dedo en la cara posterior del hueso púbico lo cual provoca que el esfínter anal haga una oposición hacia el coxis (Navarro, 1999).

Se debe tomar en cuenta, al finalizar el tacto rectal, valorar el guante para documentar la presencia de heces, sangre o secreciones biológicas distintas (Navarro, 1999; Villegas et al., 2010).

2.9.1.3 Recolección de muestras biológicas en casos de delitos sexuales en hombres:

Sobre la toma muestras biológicas a la presunta víctima, deben ser consideradas de acuerdo con lo narrado por la persona, lo evidenciado al momento del examen físico, y el tiempo transcurrido entre los hechos denunciados y el momento de la valoración médico-legal. Dicha toma de muestra es de importancia médico-legal a fin de determinar la presencia de secreciones de las cuales se puede analizar el ADN y evidenciar la presencia objetiva de ADN de la presunta persona imputada en la víctima. En los casos de enfermedades de transmisión sexual, la presencia de los mismos, según la historia médico-legal ofrecida por la presunta víctima, podría colaborar en el establecimiento de una relación de causalidad entre los hechos denunciados y lo evidenciado por parte de los exámenes de laboratorio.

La toma de dichas muestras para la determinación de ADN, semen y de infecciones de transmisión sexual, corresponde en (Bolaños, 2022; Rojas, 2019; Stark, 2005):

1. La cavidad oral: se refiere a la historia de penetración del pene por vía oral con o sin uso de preservativo, con o sin historia de eyaculación en un plazo no mayor a las 24 horas de transcurridos los hechos denunciados, con o sin hallazgos físicos a la exploración, independientemente de si hubo ingesta de alimentos o lavado de la cavidad oral.

Se utilizan cuatro hisopos secos y estériles para la toma de muestra, la cual se recoge mediante impregnación y movimiento rotacional del aplicador en los pliegues entre la mucosa labial y los alvéolos dentarios tanto mandibulares como maxilares. Esto debido a que los espermatozoides y el semen tienden a acumularse entre los dientes y la encía.

2. La piel: historia de contacto con semen, saliva, sangre o cualquier otro fluido corporal de la persona denunciada en la piel de la presunta víctima, siempre y cuando la misma no se haya bañado o aseado el área, con o sin hallazgos físicos a la exploración. Las muestras se tomarán en un plazo no mayor a 72 horas de transcurridos los hechos denunciados.

La toma se realiza por medio de la técnica doble hisopo o aplicador, siendo que se alterna un 1 hisopo humedecido con agua estéril y luego un hisopo seco; hasta completar los 4 hisopos. Estos se van a colocar sobre la región de la piel en la cual se sospecha se encuentra el fluido biológico; primero el hisopo humedecido, realizando movimientos circulares, rotulándolo sobre su propio eje a fin de asegurar el máximo contacto, para luego repetir con el hisopo seco, el cual se le realizará la misma técnica que facilita la absorción del agua que depositó el hisopo previo.

En los casos en donde la muestra sea tomada en la piel del pene, se utilizará la técnica del doble hisopo, excepto cuando la muestra biológica corresponda a heces, en donde se recolectará la misma con aplicadores estériles secos. Para la recolección de dichos indicios es necesario exponer el glande y tomar la muestra de este y del surco balanoprepucial cuando se sospeche o evidencie la presencia de:

- *Células epiteliales vaginales*: se realizará la toma dentro de un plazo máximo de 24 horas a partir de los hechos denunciados.
- *Sangre*: se realizará la toma dentro de un plazo máximo de 18 horas a partir de los hechos denunciados.

- *Heces*: se realizará la toma dentro de un plazo máximo de 15 horas a partir de los hechos denunciados.
3. La región anal: se refiere a la historia de penetración del pene por vía anal con o sin uso de preservativo, con o sin historia de eyaculación en un plano no mayor a las 48 horas de transcurridos los hechos denunciados, con o sin hallazgos a la exploración.
- Se utilizan cuatro hisopos secos y estériles, los cuales se introducen por separado, y se realiza un movimiento rotativo sobre su propio eje por 20 segundos con cada uno, para la determinación de ADN y semen. En los casos en donde, de acuerdo con los datos obtenidos en la historia médico legal, se sospeche de una posible presencia de semen en la región perineal (sea por eyaculación en dicha región o por salida de la secreción desde la región anorrectal) se procederá a la toma de muestra con cuatro aplicadores estériles con la técnica del doble hisopo, tomando en consideración que, si el área de muestreo se encuentra húmeda, no es necesario humedecer los aplicadores.
- A su vez, se recolectan las muestras de carácter clínico según el criterio técnico, con un aplicador en un medio de transporte para cultivo de gonococo y un aplicador de dacrón para la determinación de Chlamydia.
4. Material subungueal: se procederá a:
- a. *Muestreo de la cara interna de la uña*: se realiza un raspado con un palillo o aplicador subungueal levemente humedecido y se embala de forma separada indicando la lateralidad.
 - b. *Cortar cada uña*: cortando y embalando las uñas de la mano derecha e izquierda de forma separada.

Debe considerarse también que, en los casos de sospecha de un delito sexual con sumisión química, y/o cuando la persona evaluada refiera no recordar los hechos producto de la ingesta de alguna sustancia (de forma voluntaria o no) que la hizo perder la conciencia y que, al despertarse, se encontraba sin sus prendas de vestir, en un lugar desconocido, entre otras circunstancias, se debe considerar la toma de muestras de sangre y orina para estudios toxicológicos. Se requieren de dos tubos para la recolección de sangre y dos tubos para la recolección de orina (Bolaños, 2022). Por último, se debe realizar la recolección de sangre de la persona evaluada en una tarjeta FTA para comparaciones de ADN (Bolaños, 2022).

2.9.2 Lesionología traumática de los delitos sexuales en hombres

A pesar del aumento en la investigación en torno a la violencia sexual, el estudio y documentación sobre los delitos sexuales en hombres sigue siendo escaso en la literatura científica y las políticas públicas. De acuerdo con estadísticas, la violencia sexual en mujeres afecta de manera más frecuente a las mujeres; la prevalencia real de delitos sexuales en hombres sigue siendo subestimada debido a la falta de divulgación y subregistro. Esto se debe a que los hombres se presentan ante los servicios de atención de víctimas de delitos sexuales en mucho menor proporción que las mujeres (Larsen & Hilden, 2016).

1. Lesiones orales: se ha evidenciado que, entre las manifestaciones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral en adultos, existen las infecciosas, tumorales o traumáticas. Las manifestaciones infecciosas más comunes son las relacionadas con la infección de virus de papiloma humano (condilomas acuminados y papilomas), de sífilis oral o faríngea (úlceras solitarias en el labio o lengua), de faringitis gonocócica (eritema y exudado blanco o amarillento en las amígdalas), faringitis por *Chlamydia trachomatis* (faringitis y adenopatías cervicales), e infección por herpes simple (lesión herpética). A su vez, debe considerarse el carcinoma orofaríngeo secundario al virus de papiloma humano (Fernández-López & Morales-Angulo, 2017).

En la población pediátrica, se debe sospechar de un posible delito sexual al evidenciar condilomas acuminados, sífilis oral, faringitis gonocócica o lesiones traumáticas como una equimosis en el paladar (Fernández-López & Morales-Angulo, 2017).

De acuerdo a la literatura científica, entre las lesiones traumáticas sospechosas de abuso físico y/o sexual se encuentran (Oliván & Carlos, 2021):

- a) Hematomas y laceraciones en los labios, frenillo labial superior, lengua, mucosa sublingual, paladar blando y duro, mucosa oral
- b) Hematomas, liquenificación o cicatrices en la región de la comisura oral que puede ser causado por mordazas en la boca
- c) Fracturas, desplazamientos o avulsiones dentales
- d) Necrosis pulpar (decoloración gris o rosada del diente) provocada por traumas repetidos y antiguos
- e) Marcas de mordeduras dentro de la cavidad oral autoinflingidas

f) Marcas de patrón de mordedura humana que podrían ser producidas por la persona perpetradora

2. Lesiones en pene:

a. *Fractura del pene*: el pene erecto es un órgano de gran presión, recubierto por uno de los tejidos conectivos más fuertes (la túnica albugínea); y ante un trauma cerrado, capaz de elevar la presión intracavernosa por encima de su índice de elasticidad de la túnica albugínea (1500 mm de Hg), provocando su ruptura (Ukpong et al., 2023). Esta lesión tiene mayor incidencia en la población masculina entre los 20 a 50 años, y se atribuye a la potencia de la erección asociado a la edad adulta joven provocada por unos canales vasculares de los cuerpos cavernosos más robustos y eficientes (Eke, 2002). A su vez, también se evidencia el mayor uso de drogas sexuales potenciadoras y de prácticas sexuales diversas (Ogbetere et. al. , 2021).

El mecanismo de trauma puede clasificarse por medio de etiologías sexuales y no sexuales (Amer et al., 2016). En el caso del mecanismo de trauma de etiología sexual, se asocia al uso de fuerza durante el coito, como ante la salida del pene de la cavidad vaginal; al intentar recolocararlo, el pene golpea el periné de la otra persona, provocando la fractura. Esta consiste en la causa más común de fractura del pene en el mundo occidental (Ukpong et al., 2023; Eke, 2002). Sobre el mecanismo de trauma de etiología no sexual, se ha evidenciado que predomina en la sociedad islámica del Este (Ukpong et al., 2023; Mirzazadeh et al., 2017), ante prácticas como el “Taqhaandan” que consiste en la flexión forzada del pene en erección (Barros et al., 2017).

Las manifestaciones clínicas de la fractura peniana se han determinado como una cuatreada (Ukpong et al., 2023):

- El sonido de estallido o una crepitación
- Dolor en el pene
- Detumescencia del pene
- Edema del pene

Esta cuatreada puede presentarse asociada a equimosis y desviación del pene, contralateral a la lesión, denominada como el signo del pene en berenjena. A su vez, puede evidenciarse concomitantemente (Ukpong et al., 2023):

- Lesiones uretrales que se manifiestan con sangrado, dificultad para la micción, presencia de sangre en la uretra externa, edema del meato urinario y del escroto
- Lesiones de los cuerpos cavernosos

3. Lesiones anales: se considera que las lesiones traumáticas del ano y recto son raras debido a la gran cantidad de tejidos blandos isquiorrectales y glúteos que protegen a los esfínteres y nervios pudendos de lesiones traumáticas severas, y del gran aporte sanguíneo de esta área que promueve la cicatrización y disminuye el riesgo de necrosis tisular (Gaitán et al., 2016). Se ha reportado que representan entre un 1 a un 3 % de los pacientes que acuden a atención médica por trauma (Torres, 2018; Tanzeela et al., 2018; Clemens et al., 2018), y representan hasta un 5 % de los pacientes en los centros de trauma; de los cuales, un 18 a 21 % pueden sufrir complicaciones, con una tasa de mortalidad de un 5 % aproximadamente, llegando hasta un 10 % en zonas de conflictos bélicos (Pinilla et al., 2016).

Con relación a los mecanismos de acción de estas lesiones traumáticas, se clasifican por: traumas directos o contusos, y penetrantes. Las causas son muy diversas: caídas, accidentes de tránsito, heridas por proyectil de arma de fuego o por arma blanca, iatrogénicas (instrumentaciones inadecuadas, enemas, termómetros, instrumentaciones obstétricas, cirugías del periné), traumas sexuales y cuerpos extraños (Bauta et. al, 2022; Clemens et al., 2018; Pinilla et al., 2016).

Se ha determinado que las lesiones anorrectales deben de ser valoradas y enfocadas hacia la identificación de lesiones concomitantes, debido a que el retraso en el diagnóstico aumenta la morbilidad y mortalidad de la persona afectada (Bauta et. al, 2022).

En 1990, la Asociación Americana de Cirujanos del Trauma, creó la escala Rectal Organ Injury Scale (ROIS), la cual define las diferentes lesiones anales y sus grados, desde una contusión simple hasta la desvascularización (Torres, 2018; Clemens et al., 2018):

- a. Grado IA: contusión o hematoma sin desvascularización o fisura

- b. Grado IB: laceración parcial del espesor de la pared del recto
- c. Grado II: laceración completa de la pared del recto, afectando menos del 50 % de la circunferencia
- d. Grado III: laceración completa de la pared del recto, afectando más del 50 % de la circunferencia
- e. Grado IV: laceración total de la pared rectal con extensión hacia la región perineal
- f. Grado V: deterioro de la vascularización o desvascularización de un segmento del recto

Se ha descrito que, en general, las lesiones anales debido a delitos sexuales se han caracterizado generalmente por ser de grados I a II; siendo que, si la lesión penetrante involucra la musculatura de la pared, en cualquiera de sus niveles, se le denomina como desgarro. Las lesiones se describen de acuerdo con su localización según las manecillas del reloj, según la posición en la cual fue examinada la persona (Navarro, 1999).

Dichos desgarros deben diferenciarse de otro tipo de lesiones como fisuras anales, las cuales se identifican como lesiones más superficiales de aspecto agudo y característicamente lineales (González-Wilhelm, 2016). La principal causa de la fisura anal se asocia con la constipación o estreñimiento, y presenta manifestaciones clínicas como: dolor episódico que se exagera durante la defecación y puede persistir por 1 a 2 horas, sangrado escaso que mancha el papel higiénico y/o cubre la heces, y prurito anal (Sultan et al., 2007). Desde la perspectiva médico legal, una fisura anal se considera como un hallazgo inespecífico que no permite sustentar ni descartar la existencia de violencia sexual (Adams, 2011; Elder, 2007).

Durante décadas, los hallazgos y lesiones al examen físico de la región anal han sido un área de controversia en la práctica de la sexología forense (González-Wilhelm, 2016) debido a que gran parte del estudio en esta área se ha basado en investigaciones sin grupos de control, propiciando que un amplio rango de variantes anatómicas (como lo son: la dilatación anal refleja, el aplanamiento o engrosamiento de los pliegues anales, el eritema, la congestión venosa, entre otros) hayan sido reportadas como hallazgos indicativos de forma indudable de penetración anal (Herrmann et al., 2008; Wells, 2018).

Autores latinoamericanos como Castro, Teke y Vargas Alvarado mencionan que un desgarró triangular a las 6 de las manecillas del reloj puede constituir un signo de violencia anal reciente. Asimismo, Basile, habla del signo de Wilson *Jhonston (sic)* como “un desgarró de la mucosa rectal en hora 6 del cuadrante horario, próximo al rafe ano-genital en forma de sector circular” (Castro, 2004; Teke, 2001; González-Wilhelm, 2016).

Cabe destacar que se documentó una revisión selectiva de la literatura que atañe a la materia en cuestión, la cual evidenció que el signo de Wilson Johnston se consignó en 1 de 163 publicaciones científicas que fueron analizadas. La misma, de Rodríguez Almada —que citaba a Kvitko— se refería a dicho signo como la lesión más típica ante una penetración anal; y la describía como un desgarró triangular con un vértice hacia el lumen rectal y una base en el margen anal a nivel del rafe medio (ano-genital), a las 6 de las manecillas del reloj, con el evaluado en posición genupectoral (González-Wilhelm, 2016; Rodríguez, 2010; Kvitko, 1998).

A su vez, se ha descrito que la dirección del vértice de este desgarró anal puede variar, pues se ha presentado tanto hacia el lumen rectal como hacia el periné. Ciertos autores han planteado que dicha dirección puede diferenciar el mecanismo de trauma, pues si el vértice se dirige hacia el periné, se relaciona más como una situación de constipación, mientras que si el mismo se dirige hacia el periné, corresponde a un mecanismo por trauma penetrante (González-Wilhelm, 2016; Olshaker, et al., 2007). Sin embargo, en ambos casos se presenta un sobre-estiramiento de la piel y la mucosa de la región perianal por una ampliación del canal anal; y se concluyó que la dirección del vértice indica un trauma (González-Wilhelm, 2016), y su interpretación debe ser dada de acuerdo al análisis de cada caso.

Además, frecuentemente se describe que el signo de Wilson Johnston se localiza a las 6 de las manecillas del reloj con la persona evaluada en posición genupectoral; pero dicha ubicación no es la única ante lesiones anales por traumas contuso penetrantes. De tal manera, se afirma también que los desgarró de los pliegues radiados del ano pueden evidenciarse entre las 10 y 2 de las manecillas del reloj (Teke, 2001; González-Wilhelm, 2016), y que lesiones documentadas entre las 5 y 7 de las manecillas del reloj son

altamente sospechosas de violencia sexual (Zimmer et al., 2006; González-Wilhelm, 2016).

Al análisis de la interpretación de esta lesión en la literatura, se evidenciaron autores que afirmaban que se trataba de un signo frecuente ante una violación reciente por vía anal ejercida con violencia o marcada resistencia por parte de la presunta víctima; otros lo describían como la lesión más típica e incluso patonogmónica de coito por vía anal; mientras que los más conservadores lo planteaban como una lesión típica pero no patonogmónica de penetración anal reciente no consentida (González-Wilhelm, 2016). Actualmente, ante la evidencia de la literatura científica y el conocimiento científico actual, es posible indicar que, en casos de niños y adolescentes, una lesión que compromete los tejidos hasta por debajo de la capa de la dermis (exponiendo las capas musculares del esfínter anal) es compatible con un trauma contuso penetrante anal, por lo que, ante la evidencia de este tipo de lesión, desde el punto de vista médico-legal, es altamente sugerente de un trauma por violencia sexual, salvo que exista un diagnóstico diferencial plausible (González-Wilhelm, 2016; Adams et al., 2016; Lahoti et al., 2001).

Se debe considerar también que una valoración médico-legal con un examen anal negativo no descarta un posible delito sexual (Heppenstall-Heger et al., 2003; Adams, 2011; Herrmann et al., 2014; González-Wilhelm, 2016). Autores con Gisbert han manifestado que “lo corriente es que el coito anal no deje ninguna huella traumática”. Una penetración ano-rectal podría no causar lesiones dependiendo de factores como (Herrmann, 2008; McCann, 1998; González-Wilhelm, 2016; Lencioni, 2005):

- Las características de los tejidos del ano y recto son susceptibles a la distensión al ser los mismos elásticos
- La desproporción entre el tamaño del elemento introducido y el ano
- El grado de erección del pene (en los casos en los cuales, sea el elemento introducido)
- La violencia o fuerza ejercida en el acto de introducción
- La existencia o ausencia de dilatación o lubricación del área
- La pasividad o resistencia ejercida por la presunta víctima
- La profundidad de la introducción (en el caso del elemento introducido, si fue una

introducción parcial o total del mismo)

Por lo tanto, la inexistencia de lesiones en casos de valoraciones por delitos sexuales con penetración anal puede ocurrir, incluso aunque la persona perpetradora haya reconocido la penetración (Suárez & González, 2003; Jenny & Crawford-Jakubiak, 2013; González-Wilhelm, 2016). En casos de población infantil como presunta víctima, se ha descrito que tiene raíces criminológicas, con el fin de evitar ser denunciados y poder reiterar su conducta en el tiempo, debido a que, en menores de edad, la persona agresora tiende a evitar actos que generen dolor y daño al menor (González-Wilhelm, 2016).

Otro aspecto relevante a considerar es que los traumas ano-genitales sanan rápidamente (entre 1-11 días según la gravedad de las lesiones) y frecuentemente no dejan secuelas evidenciables, o son mínimas y difíciles de documentar al poco tiempo de la evolución (Stark, 2005; Lahotiet al., 2001; Smith et al., 2005). De tal manera que la frecuencia esperada de hallazgos al examen físico compatibles con los hechos denunciados de penetración por vía anal es menor al 1 % (Wells, 2006).

Con respecto a la valoración del esfínter anal, la presencia del ano infundibuliforme o “en embudo”, que consiste en un ano entreabierto a la flexión de los muslos sobre el tórax, como hallazgo aislado, no puede considerarse como un signo de actividad sexual por vía anal. Sin embargo, cuando se asocia a otros hallazgos como el borramiento de los pliegues radiados anales, la presencia equimosis perianal o un desgarró anal, o la disfunción esfínteriana, se consideran signos sospechosos (Rodríguez-Almada, 2010).

En los casos de penetración anal, las lesiones, alteraciones y hallazgos que podrían evidenciarse varían según el tiempo de evolución son (Navarro, 2001; Rodríguez-Almada, 2010):

- a) *Aguda*: eritema, edema, equimosis, excoriaciones desgarró anal, fisura anal, hipotonía y dilatación.
 - b) *Crónica*: engrosamiento de la piel perianal, cicatrices hipotonía, y dilatación.
4. Enfermedades de transmisión sexual: la prevalencia total mundial de las infecciones por transmisión sexual en el contexto de delitos sexuales se desconoce. Las enfermedades que se han diagnosticado más frecuentemente con relación a este tipo de agresiones son: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Trichomonas vaginalis*

(Hernández et al., 2018).

Existen investigaciones que reportan entre un 29 % y un 43 % de los casos de denuncias por delitos sexuales en donde se evidenciaron estudios positivos por al menos una enfermedad de transmisión sexual a la valoración inicial, en donde entre un 2.4 % y 12 % se encontraron positivas por gonorrea (Peláez, 2010). No se detallaron porcentajes específicos para la población víctima masculina.

Se ha determinado que el riesgo de una infección de transmisión sexual ante un delito sexual es de 6 % a 12 % para gonorrea, entre 4 % a 17 % para clamidia y entre 0.5 % y 3 % para sífilis. En el caso de VIH, ante una sola relación de riesgo es de 2 % a 3 % en caso de penetración anal (Peláez, 2010).

Un elemento a tomar en consideración es que en el examen físico se logra identificar con mayor frecuencia elementos objetivos de una posible infección por transmisión sexual si la valoración se realizó en la primeras 72 horas posteriores a los hechos (42 %), en comparación a los casos que fueron valorados en otro periodo de tiempo (8 %) (Peláez, 2010).

En un estudio de prevalencia francés entre los años 2012 y 2013, se estudiaron 326 casos de personas adultas y adolescentes mayores de 12 años, víctimas de delito sexual en donde se diagnosticó el 15 % (48) positivo por clamidia, el 5 % (16) por gonorrea y el 3 % (10) presentaba coinfección de clamidia y gonorrea, el 27.1 % (13) presentaban infecciones a nivel genital y anorrectal, y el 14.3 % (3 hombres) presentaban infección faríngea por gonorrea (Jauréguy et al., 2016). No se detallaron otros datos específicos de infección en las víctimas masculinas.

En otro estudio noruego que abarcó el periodo desde julio del 2003 a diciembre del 2010, se valoraron 412 casos de víctimas de delitos sexuales con una edad media de 21 años, y se identificó que el 8.5 % (35) fueron positivas para una enfermedad de transmisión sexual, con probable contagio asociado al delito sexual, de los cuales el 6.4 % (25) se encontraron positivas para clamidya y el 3.7 % (15) se encontraban positivas por hepatitis B y/o hepatitis C (Hagemann et al., 2014). No se detallaron datos específicos de infección en la población masculina estudiada.

A nivel nacional, no se evidenciaron estadísticas publicadas en relación a infección por enfermedades venéreas en relación con casos denunciados por delitos sexuales.

5. Infecciones de tracto urinario: la actividad sexual se ha documentado como uno de los factores de riesgo para infección de tracto urinario y, en el caso de la población pediátrica, podría relacionarse con delitos sexuales (Domènech et al., 2023).

Sin embargo, no se evidenció literatura específica en relación con estudios ni datos estadísticos a nivel internacional ni nacional sobre infecciones de tracto urinario en relación con hombres que denunciaron delitos sexuales.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque Metodológico

Este estudio empleó un diseño de investigación descriptivo observacional, realizando una investigación en la que se observó un grupo sin realizar ninguna intervención ni comparación con otro grupo. El objetivo principal fue describir las características de la población estudiada y los factores que influyen en dichos casos. A partir de dicha descripción, se buscó generar una hipótesis sobre las circunstancias y aspectos relacionados con el tema en cuestión.

Así mismo, tiene un enfoque cualitativo y retrospectivo donde se analizaron los dictámenes médico-legales sobre delitos sexuales atendidos en hombres de la Sección Clínica Médico Forense, durante el periodo desde enero del 2018 hasta diciembre del 2023 inclusive, lo que permitió obtener el perfil epidemiológico y sociológico, el marco lesionológico, los parámetros clínicos y médico legales a considerar en los casos de delitos sexuales en hombres.

3.2 Fuentes de Investigación

Las fuentes de información a considerar para el desarrollo de este trabajo se recolectaron y analizaron en tres fases:

Fase I

Se procedió a realizar una revisión sistemática de los dictámenes médico-legales de la Sección Clínica Médico Forense correspondientes a denuncias por delitos sexuales en hombres, desde enero del 2018 a diciembre del 2023 inclusive, registrados en el Sistema Informático de Medicina Legal (SIMEL) del Departamento de Medicina Legal. Para dicha población se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión

Los dictámenes médico-legales de los casos valorados ante denuncias por delitos sexuales en hombres, se consideraron los siguientes criterios en el presente estudio:

- a) Rango de edad: no se hizo distinción por rango de edad.

- b) Sexo: se incluyeron únicamente hombres.
- c) Etnia: no se hizo distinción por etnia.
- d) Nacionalidad: no se hizo distinción por nacionalidad.
- e) Dictámenes médico legales: sobre casos de valoración por denuncias de delitos sexuales en hombres. Se tomó en consideración los dictámenes iniciales y concluidos en el periodo de tiempo en estudio de la Sección Clínica Médico Forense.

- Criterios de exclusión

- a) Población femenina, debido a que no corresponde al objetivo de investigación del presente trabajo.
- b) Casos en donde la denuncia se base en agresiones verbales, psicológicas o de acoso sexual, sin agresión ni dinámica de penetración o manifestación de violación.
- c) Casos que hayan presentado mortalidad.
- d) Casos que sean relacionados con tortura o agresiones carcelarias, debido a que la mismas presentan factores sociodemográficos propios que pueden generar un sesgo en los objetivos de esta investigación.
- e) Casos en los que se no se haya realizado una valoración médico-legal completa.
- f) Dictámenes médico-legales sobre ampliaciones de casos.

De acuerdo con el registro de casos reportados en el Sistema Informático de Medicina Legal (SIMEL) del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial, durante el periodo del 2018 al 2023 inclusive, en la Sección Clínica Médico Forense se emitieron 507 dictámenes médico-legales de atención de hombres que denunciaron delitos sexuales.

Determinación del tamaño de muestra ¹

Para calcular el tamaño de muestra se consideraron los siguientes aspectos:

- Variables más importantes en el estudio
- Medida de variabilidad asociada a las variables (o una estimación)
- Nivel de confianza
- Margen de error

¹Tomando en consideración la capacitación profesional de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica, se procedió a la determinación del tamaño de muestra.

Variables del estudio

Se consideraron como variables principales del estudio si la persona es menor de edad o no (cualitativa dicotómica), si el caso corresponde a delito o no (cualitativa dicotómica) y la edad (cuantitativa). Cabe mencionar que en el estudio se analizan otras variables, por lo tanto, se debe calcular un tamaño de muestra para dos proporciones y para un promedio, ya que, para una variable dicotómica, el parámetro poblacional de interés es la proporción de casos con la característica, y para una variable cuantitativa el parámetro de interés es el promedio.

Medida de variabilidad (σ o $p(1-p)$)

Para cada una de las tres variables se obtuvo una medida de variabilidad utilizando datos recolectados de los dictámenes. Para la proporción de personas menores de edad, se obtuvo que esta es $p=0.6883$ y, a partir de este valor, se calculó la medida de variabilidad como $p(1-p)$. De igual manera se calculó, para la proporción de delito, que fue de $p=0.8107$. Se obtuvo la desviación estándar de la edad y fue de $\sigma = 11.5384$.

Nivel de confianza (z)

La estimación por intervalo se obtiene como parte de la inferencia estadística que se realiza con los datos muestrales. Un intervalo de confianza es un rango de valores en el que se espera que el verdadero valor del parámetro poblacional se encuentre con un determinado nivel de confianza. Por lo tanto, cuando se calcula un tamaño de muestra, se especifica el nivel de confianza que se quiere tener al hacer inferencia sobre el parámetro poblacional. Este nivel es especificado por el investigador/a, pero usualmente se fija en 95 %, como en este caso. En la fórmula del cálculo del tamaño de muestra, se especifica mediante un cuantil de la distribución normal estándar ($z=1.96$).

Margen de error (d)

Al calcular el tamaño de muestra se especifica la diferencia que se desea tener entre la estimación del parámetro y el verdadero valor del parámetro, debido a que no se puede estudiar toda la población. En el caso de las proporciones, este valor se especificó en 5 % y, en el caso de la edad, se consideró un margen de 2.

Cálculo del tamaño de muestra (n)

Para las proporciones se utilizó la siguiente fórmula (considerando que se tiene una población finita): $n = (z\alpha/2 \cdot \sqrt{p(1-p)d})^2 + 1N(z\alpha/2 \cdot \sqrt{p(1-p)d})^2$

Para la variable cuantitativa la fórmula utilizada (considerando que se tiene una población finita) es: $n = \frac{(z\alpha/2 \cdot \sigma d)^2}{1 + N(z\alpha/2 \cdot \sigma d)^2}$

Para la proporción de menores de edad, el valor obtenido (redondeando hacia arriba) es de $n=200$, para la proporción de delitos es de $n=161$. Para la variable edad, el tamaño obtenido fue de $n=103$. Al tener distintos valores, se escoge el mayor para considerar los valores de error y de confianza especificados para todas las variables; es decir $n=200$.

Por esta razón, se estableció que, para un análisis con un nivel de confianza de 95 % y un error de muestreo de 0.05 (5 %), se necesitaba una muestra aleatoria de 200 casos del universo de 507 dictámenes médico-legales de atención de hombres que denunciaron delitos sexuales y fueron valorados en la Sección Clínica Médico Forense durante el periodo del 2018 al 2023 inclusive, y se procedió al muestreo aleatorio de 200 dictámenes médico legales y su posterior análisis.

Fase II

Para la obtención de información secundaria, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura actualizada e indexada en bases de datos científicas de relevancia. Esta revisión incluyó protocolos de atención y artículos científicos de diversas categorías, tales como revisiones sistemáticas, series de casos y estudios temáticos. Además, se consultaron libros, tanto impresos como digitales, disponibles en la Biblioteca del Departamento de Medicina Legal, el Sistema de Bibliotecas y Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica, y la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS). También se utilizaron buscadores indexados como PubMed, Elsevier, Science Direct, Access Medicina, Scielo, Google Académico y Cochrane. En la búsqueda, se emplearon términos clave en varios idiomas (español, inglés, chino y francés), tales como: “delitos sexuales,” “violación,” “lesiones en delitos sexuales,” “secuelas en delitos sexuales,” “criterios de causalidad en delitos sexuales,” entre otros.

Se priorizó la bibliografía publicada en los últimos cinco años, aunque también se incluyó material más antiguo si resultaba relevante para el tema de investigación.

3.3 Operacionalización de variables

Cuadro 3

Cuadro operacional de variables asociadas a los objetivos específicos de la investigación

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumentación
Determinar los factores de riesgo, criterios sociodemográficos y epidemiológicos que se relacionan con la presencia de delitos sexuales en hombres.	Factores de riesgo, criterios sociodemográficos y epidemiológico de casos de valoración de delitos sexuales en hombres.	Caracterización de los factores que se asocian con un riesgo de desarrollo de delitos sexuales, así como de las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población en un periodo de tiempo determinado que se relaciona con la presencia de delitos sexuales en hombres.	- Fecha de valoración -Edad -Ubicación geográfica -Antecedentes de agresiones físicas o sexuales	Revisión documental de Dictámenes Médico Legales y expedientes clínicos. Revisión bibliográfica.
Describir los hallazgos clínicos y lesionológicos asociados con casos de delitos sexuales en hombres y su relación, para el establecimiento de un perfil lesionológico	Hallazgos clínicos y lesionológicos de los casos de valoración de delitos sexuales en hombres.	Características clínicas y asociadas a traumas (fuerza externa) en los casos de delitos sexuales en hombres y su relación para el establecimiento de un perfil de traumatismo	1. Lesiones extragenitales. - Contusiones simples - Contusiones complejas - Heridas y otros - Signos de ETS 2. Lesiones paragenitales.	Revisión documental de Dictámenes Médico-Legales y expedientes clínicos.

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumentación
desde el punto de vista médico legal.		mos que se identifican en estos casos.	tales. - Contusiones simples - Contusiones complejas - Heridas y otros - Signos de ETS 3. Lesiones genitales. - Contusiones simples - Contusiones complejas - Heridas y otros - Signos de ETS	Revisión bibliográfica.
Proponer criterios de valoración pericial médico-legal para el abordaje de delitos sexuales en hombres y el establecimiento de un nexo de causalidad.	Criterios de valoración pericial en el abordaje de delitos sexuales en hombres.	Factores imprescindibles y orientativos para lograr establecer la relación de causalidad y abordaje forense en casos de delitos sexuales en hombres.	- Historia médico legal vs. Hallazgos al Examen Físico - Criterios de Simonin: naturaleza del trauma, naturaleza de la lesión, concordancia de la localización, relación anatómica, ausencia de estado anterior, relación cronológica y exclusión de otras	Revisión documental de Dictámenes Médico Legales y expedientes clínicos. Revisión bibliográfica.

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumentación
			causas. - Relación de causalidad: fuerte, intermedia o ausente.	

Fuente: Elaboración propia.

3.3.1 Clasificación de variables

1. **Mes de atención:** Variable cualitativa ordinal
2. **Edad (años):** Variable cuantitativa
3. **Distribución geográfica (provincias):** Variable cualitativa nominal
4. **Distribución geográfica (cantonal):** Variable cualitativa nominal
5. **Antecedentes de agresiones física y/o sexuales:** Variable cualitativa dicotómica
6. **Presencia de lesiones extragenitales:** Variable cualitativa dicotómica
7. **Tipos de lesiones extragenitales (contusiones simples, contusiones complejas, heridas y otros, signos de ETS):** Variable cualitativa nominal
8. **Presencia de lesiones paragenitales:** Variable cualitativa dicotómica
9. **Tipos de lesiones paragenitales (contusiones simples, contusiones complejas, heridas y otros, signos de ETS):** Variable cualitativa nominal
10. **Presencia de lesiones genitales:** Variable cualitativa dicotómica

11. **Tipos de lesiones genitales (contusiones simples, contusiones complejas, heridas y otros, signos de ETS):** Variable cualitativa nominal
12. **Historia médico legal vs. Hallazgos al Examen físico:** Variable cualitativa dicotómica
13. **Criterios de Simonin (naturaleza del trauma, naturaleza del mecanismo de trauma, concordancia anatómica, encadenamiento anatomoclínico, exclusión del estado anterior, adecuación temporal y exclusión de otras causas):** Variable cualitativa dicotómica
14. **Relación de causalidad (ausente, intermedia, fuerte):** Variable cualitativa nominal

3.4 Instrumento de recolección de datos

Cuadro 4. Instrumento de recolección de datos

Hoja de recolección y análisis de datos de proyecto “Determinar el perfil sociodemográfico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre 2023”			
Muestra poblacional			
Código de DML	Mes de atención	Distribución geográfica (Provincias)	Distribución geográfica (Cantones)

Elaboración propia.

Hoja de recolección y análisis de datos de proyecto “Determinar el perfil sociodemográfico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre 2023”

Variables

Antecedentes de agresiones físicas y/o sexuales

No indica	Si	No

Elaboración propia.

Hoja de recolección y análisis de datos de proyecto “Determinar el perfil sociodemográfico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre 2023”

Variables					
Presencia de lesiones extragenitales		Tipos de lesiones extragenitales			
Si	No	Contusiones simples	Contusiones complejas	Heridas y otras	Signos de ETS

Elaboración propia.

Hoja de recolección y análisis de datos de proyecto “Determinar el perfil sociodemográfico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre 2023”

Variables					
Presencia de lesiones paragenitales		Tipos de lesiones paragenitales			
Si	No	Contusiones	Contusiones	Heridas y	Signos de ETS

		simples	complejas	otras	

Elaboración propia.

Hoja de recolección y análisis de datos de proyecto “Determinar el perfil sociodemográfico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre 2023”					
Variables					
Presencia de lesiones genitales		Tipos de lesiones genitales			
Si	No	Contusiones simples	Contusiones complejas	Heridas y otras	Signos de ETS

Elaboración propia.

Hoja de recolección y análisis de datos de proyecto “Determinar el perfil sociodemográfico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre 2023”	
Variables	
Historia Médico Legal vs. Hallazgos al Examen Físico	
Si	No

Elaboración propia.

Hoja de recolección y análisis de datos de proyecto “Determinar el perfil sociodemográfico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre 2023”		
Variables		
Criterios de Simonin		
Naturaleza del trauma	Naturaleza del mecanismo de trauma	Concordancia anatómica

Si	No	Si	No	Si	No
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Elaboración propia.

Hoja de recolección y análisis de datos de proyecto “Determinar el perfil sociodemográfico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre 2023”

Variables

Criterios de Simonin

Encadenamiento anatomoclínico		Exclusión de Estado Anterior				Adecuación temporal	
Si	No	No indica	Si	No	Si	No	

Elaboración propia.

Hoja de recolección y análisis de datos de proyecto “Determinar el perfil sociodemográfico y lesionológico documentado en los dictámenes médico legales de los hombres atendidos por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense entre enero 2018 y diciembre 2023”

Variables		Relación de causalidad		
Criterios de Simonin				
Exclusión de otras causas		Ausente	Intermedia	Fuerte
Si	No			

Elaboración propia.

Cuadro 5. Codificación de datos

Código	Número de Dictamen Médico Legal
M2018-1	
M2019-1	
M2020-1	
M2021-1	
M2022-1	
M2023-1	

Elaboración propia.

3.5 Cronograma de actividades 2024-2025

Cuadro 6. Cronograma de actividades

Actividad	08/24 a 11/24	10/24 a 15/05/25	20/05/25 a 30/05/25	01/06/2 5 a 21/06/2 5	21/06/25 a 10/07/25	10/07/25 a 17/07/25	01/09/25 a 08/09/25	09/12/25 a 12/09/25	13/09/25 a 15/09/25	15/09/25 a 18/09/25
Anteproyecto	X									
Marco Teórico		X								
Selección de muestra			X							
Revisión de DML				X						
Análisis y discusión de resultados				X						
Elaboración de la propuesta					X					
Conclusiones						X				
Recomendaciones						X				

Actividad	08/24 a 11/24	10/24 a 15/05/25	20/05/25 a 30/05/25	01/06/2 5 a 21/06/2 5	21/06/25 a 10/07/25	10/07/25 a 17/07/25	01/09/25 a 08/09/25	09/12/25 a 12/09/25	13/09/25 a 15/09/25	15/09/25 a 18/09/25
Revisión por tutora y elaboración de observaciones							X			
Incorporación de correcciones en capítulos I-II (introducción, marco teórico, metodología)								X		
Incorporación de correcciones en capítulos IV-V (resultados, discusión, conclusiones) + referencias APA									X	
Revisión final de tutora y visto bueno. Entrega del documento final al tribunal.										X

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Criterios sociodemográficos documentados en los hombres valorados por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense durante el periodo de diciembre del 2018 a enero del 2023 inclusive.

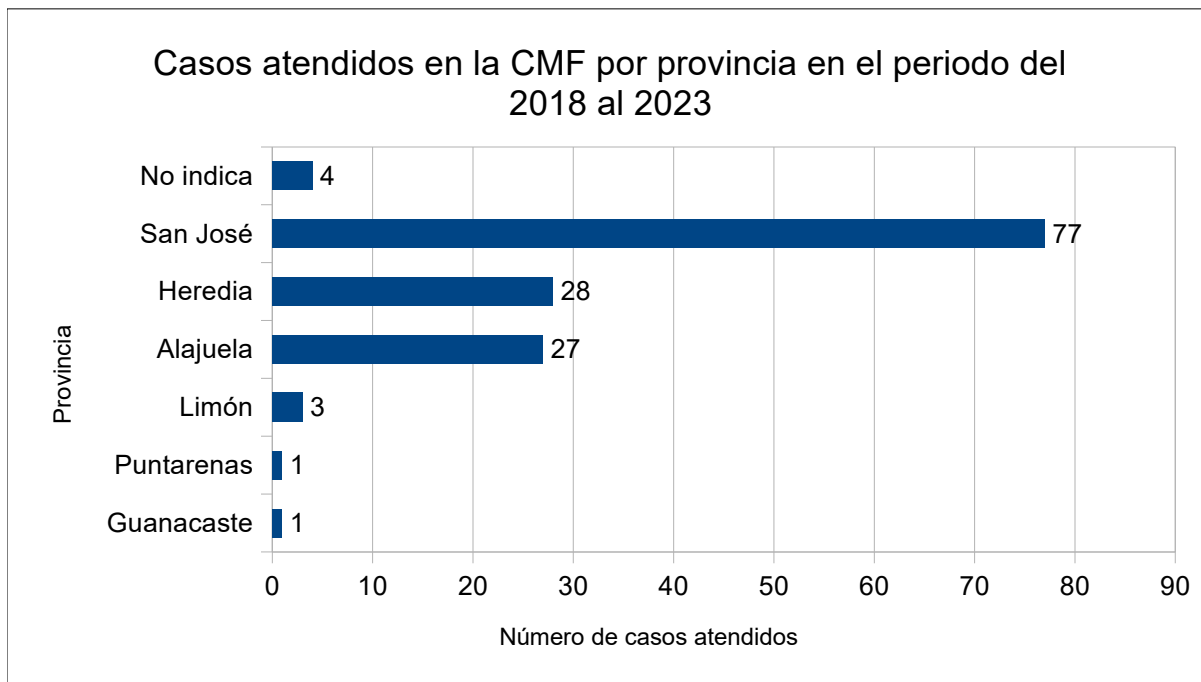
4.1.1 Distribución geográfica por provincia y cantón

De la muestra de de 200 dictámenes médico-legales analizados, 41 dictámenes fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión o presentar algún criterio de exclusión. Entre ellos, 16 dictámenes correspondían a valoraciones de personas privadas de libertad, 8 dictámenes en donde la persona valorada no accedió a la realización del Examen Físico, 15 dictámenes en donde a la historia médico-legal se negó haber sido víctima de violación o sufrido penetración, 1 dictamen en donde la Autoridad Judicial solicitó la determinación de la presencia de datos diagnósticos por gonorrea en un caso en donde el evaluado refirió haber tenido relaciones sexuales consentidas, y 1 dictamen que correspondía a la valoración de una persona de sexo femenino. A su vez, se excluyeron 18 dictámenes médico-legales que correspondían a ampliaciones de caso de años anteriores a los valorados. Por lo que el número de dictámenes analizados para los resultados de este trabajo fue de 142 casos.

Con respecto a los 142 casos analizados, en la distribución geográfica por provincia de residencia de las personas valoradas, un 54.23 % (n=77) refirieron ser de San José, un 19.01 % (n=27) de Alajuela, un 0.70 % (n=1) de Cartago, un 19.72 % (n=28) de Heredia, un 0.70 % (n=1) de Guanacaste, un 0.70 % (n=1) de Puntarenas, un 2.11 % (n=3) de Limón y un 2.82 % (n=4) no se indicó en el dictamen médico legal el lugar de residencia, como puede observarse en el gráfico 1 y Figura 1.

Gráfico 1

Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por provincia en el periodo de 2018 a 2023



Elaboración propia.

Según el Observatorio de violencia de género contra las mujeres y acceso a la justicia del Poder Judicial, en el 2022 los casos entrados a las Fiscalías Penales de Adultos por delitos sexuales fueron: 24 % en San José, 24 % en Alajuela, 15 % en Puntarenas, 13 % en Limón, 9 % en Cartago, 8 % en Guanacaste y 7 % en Heredia. De acuerdo a los resultados de este estudio, se puede evidenciar una similitud con los casos valorados por delitos sexuales en hombres, en donde, igualmente, la provincia con mayor cantidad de casos denunciados y valorados fueron de San José, siguiendo en orden decreciente: Heredia, Alajuela, Limón, Puntarenas, Guanacaste y Cartago.

Es importante aclarar que este trabajo de investigación valoró los casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense, dado que se debe considerar que el número de casos analizados de las provincias de Alajuela, Cartago, Guanacaste, Puntarenas y Limón no son la totalidad de casos valorados por delitos sexuales en hombres durante el periodo del 2018 a 2023, siendo que el Departamento de Medicina Legal de Costa Rica cuenta con las Unidades Médico Legales de:

San Ramón, San Carlos, Liberia, Cartago, Turrialba, Puntarenas, Liberia, Quepos/Garabito, Pérez Zeledón, Corredores, Pococí y Limón.

Figura 1

Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por provincia en el periodo de 2018 a 2023



Elaboración propia.

Al análisis de los casos atendidos por distribución geográfica según cantón, en el caso de San José fueron atendidos 77 casos, de los cuales el 33.76 % (n= 26) correspondían al cantón central de San José, el 15.58 % (n= 12) del cantón de Desamparados, 6.49 % (n= 5) del cantón de Goicoechea, 6.49 % del cantón del Vásquez de Coronado, 6.49 % (n= 5) del cantón de Moravia, 6.49 % (n= 5) del cantón de Curridabat, 5.19 % (n=4) del cantón de Puriscal, 3.9 % (n=3) del cantón de Aserrí, 3.9 % (n=3) del cantón de Escazú, 3.90 % (n=3) del cantón de Montes de Oca, 2.60 % (n=2) del cantón de Tibás, 1.30 % (n=1) del cantón de Turrubares, 1.30 % (n=1) del cantón de Mora, 1.30 % (n=1) del cantón de Santa Ana, 1.30 % (n=1) del cantón de Acosta y 1.30 % (n=1) del cantón de Turrubares, como se observa en el gráfico 2 y figura 2.

Gráfico 2

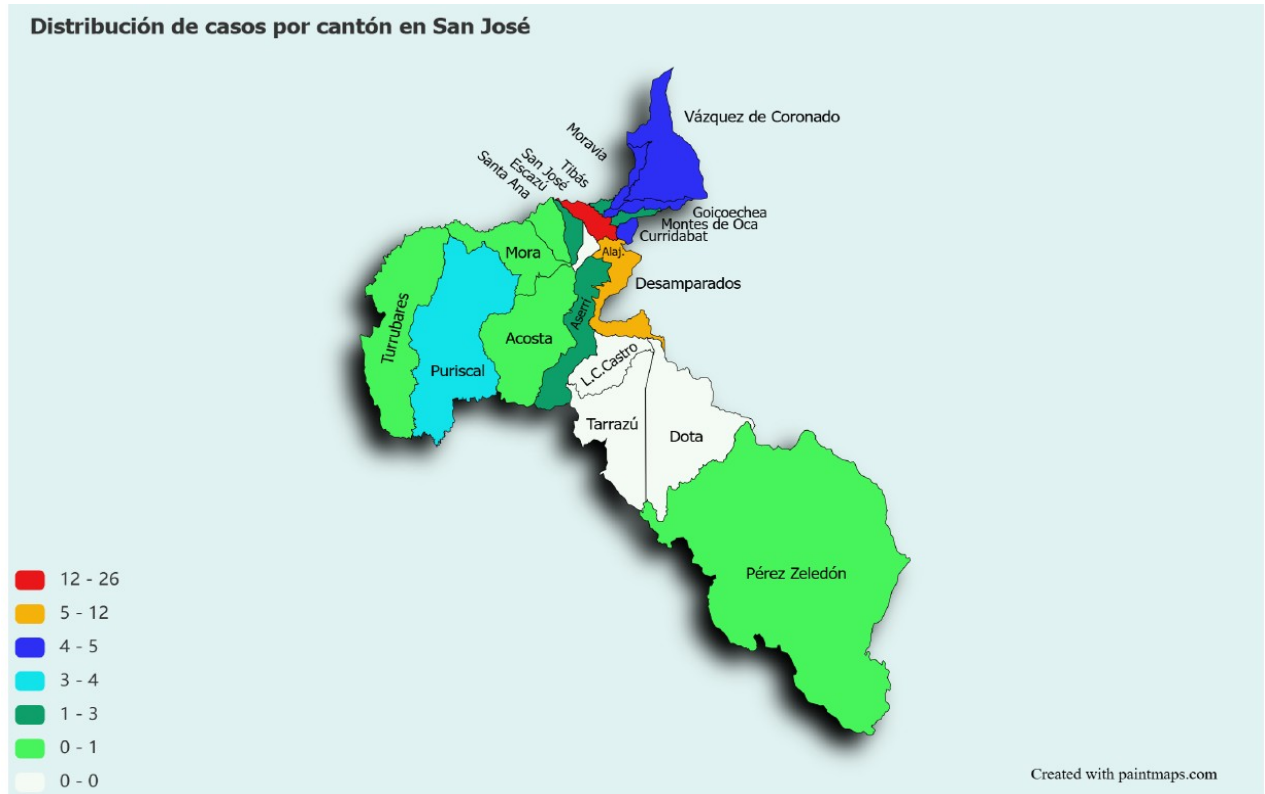
Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de San José en el periodo de 2018 a 2023



Elaboración propia.

Figura 2

Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de San José en el periodo de 2018 a 2023



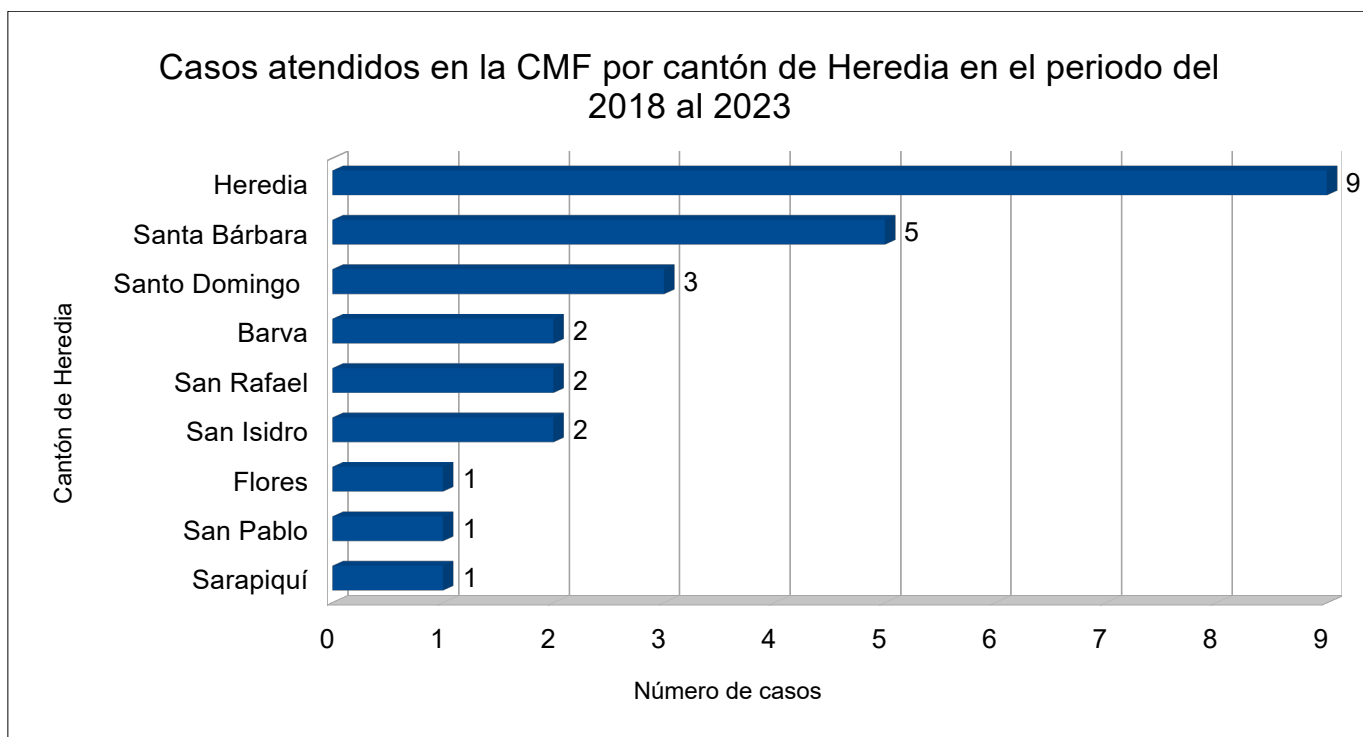
Elaboración propia.

Al análisis de los casos denunciados y valorados de hombres que residían en San José, como factor sociodemográfico puede evidenciarse una mayor cantidad de casos denunciados y valorados en áreas urbanas con una mayor cantidad de población en comparación a áreas más alejadas de la capital con una densidad poblacional menor.

En la provincia de Heredia, se atendieron 28 casos, de los cuales el 32.14 % (n=9) fueron del cantón central de Heredia, el 17.86 % (n=5) del cantón de Santa Bárbara, el 10.71 % (n=3) del cantón de Santo Domingo, el 7.14 % (n=2) del cantón de Barva, el 7.14 % (n=2) del cantón de San Rafael, el 7.14 % (n=2) del cantón de San Isidro, el 3.57 % (n=1) del cantón de Flores, el 3.57 % (n=1) del cantón de San Pablo y el 3.57 % (n=1) del cantón de Sarapiquí, como puede observarse en el gráfico 3 y figura 3.

Gráfico 3

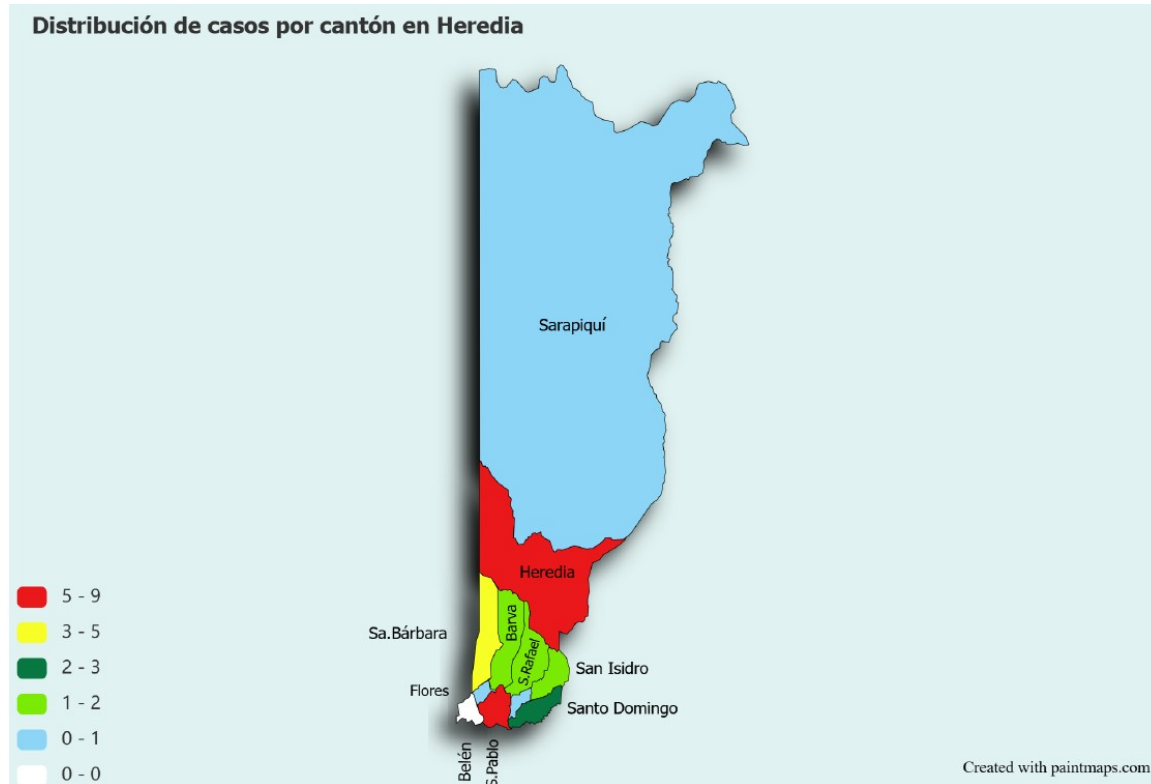
Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Heredia en el periodo de 2018 a 2023



Elaboración propia.

Figura 3

Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Heredia en el periodo de 2018 a 2023



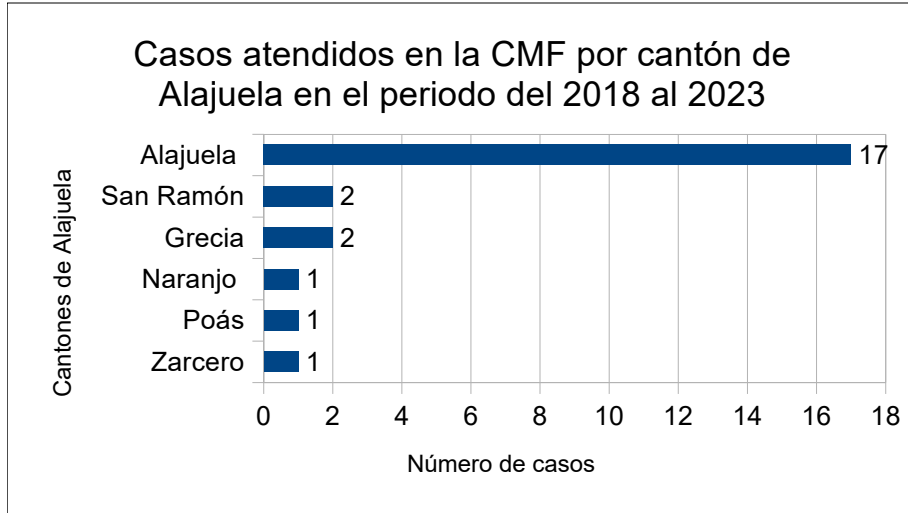
Elaboración propia.

Al análisis de los casos denunciados y valorados de hombres que residían en Heredia, como factor sociodemográfico puede evidenciarse una mayor cantidad de casos en general de áreas con una mayor densidad poblacional.

De la provincia de Alajuela se atendieron 27 casos, de los cuales el 62.96 % (n=17) fueron del cantón central de Alajuela, el 7.41 % (n=2) del cantón de San Ramón, el 7.41 % (n=2) del cantón de Grecia, el 3.70 % (n=1) del cantón de Naranjo, el 3.70 % (n=1) del cantón de Poás y 3.70 % (n=1) del cantón de Zarcero; como se observa en el gráfico 4 y la figura 4.

Gráfico 4

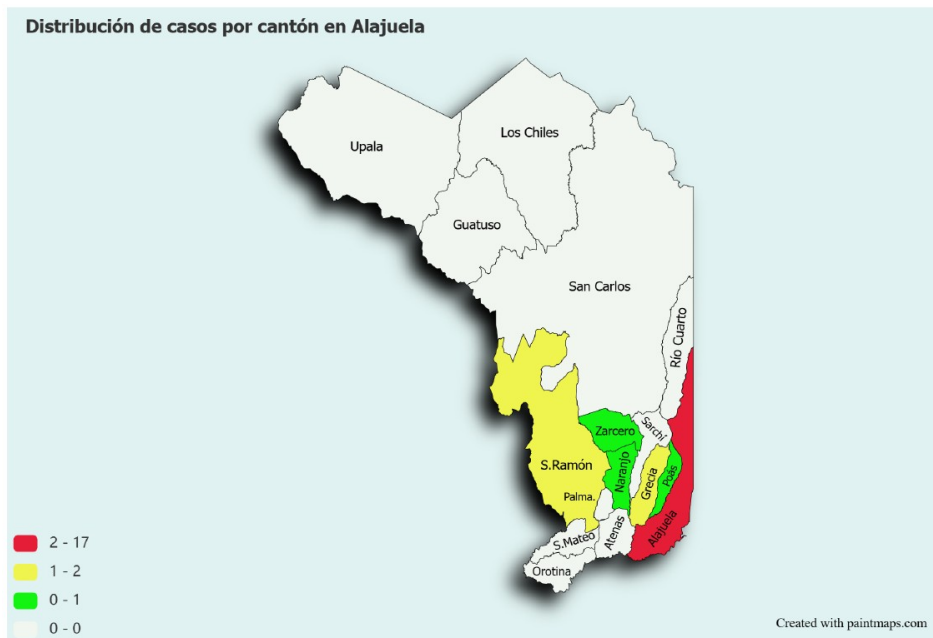
Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Alajuela en el periodo de 2018 a 2023



Elaboración propia.

Figura 4

Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Alajuela en el periodo de 2018 a 2023

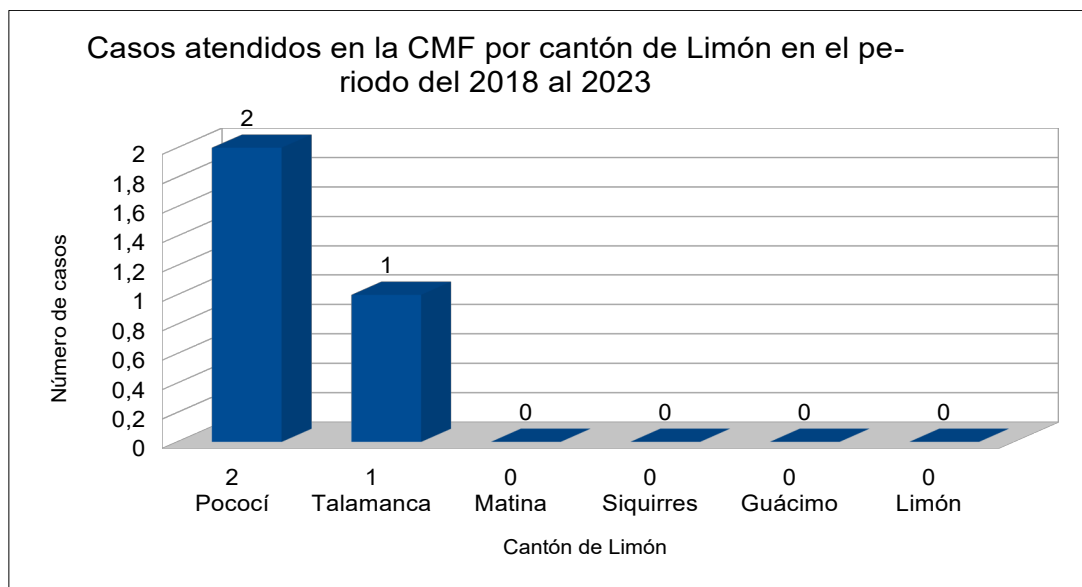


Elaboración propia.

Igualmente, al análisis de los casos denunciados y valorados de hombres que residían en Alajuela, como factor sociodemográfico puede evidenciarse una mayor cantidad de casos en general de áreas con una mayor densidad poblacional. En la provincia de Limón fueron atendidos 3 casos, donde el 66.67 % (n=2) fueron del cantón de Pococí y el 33.33 % (n=1) del cantón de Talamanca, como se observa en el gráfico 5 y figura 5.

Gráfico 5

Casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por cantón de la provincia de Limón en el periodo de 2018 a 2023



Elaboración propia.

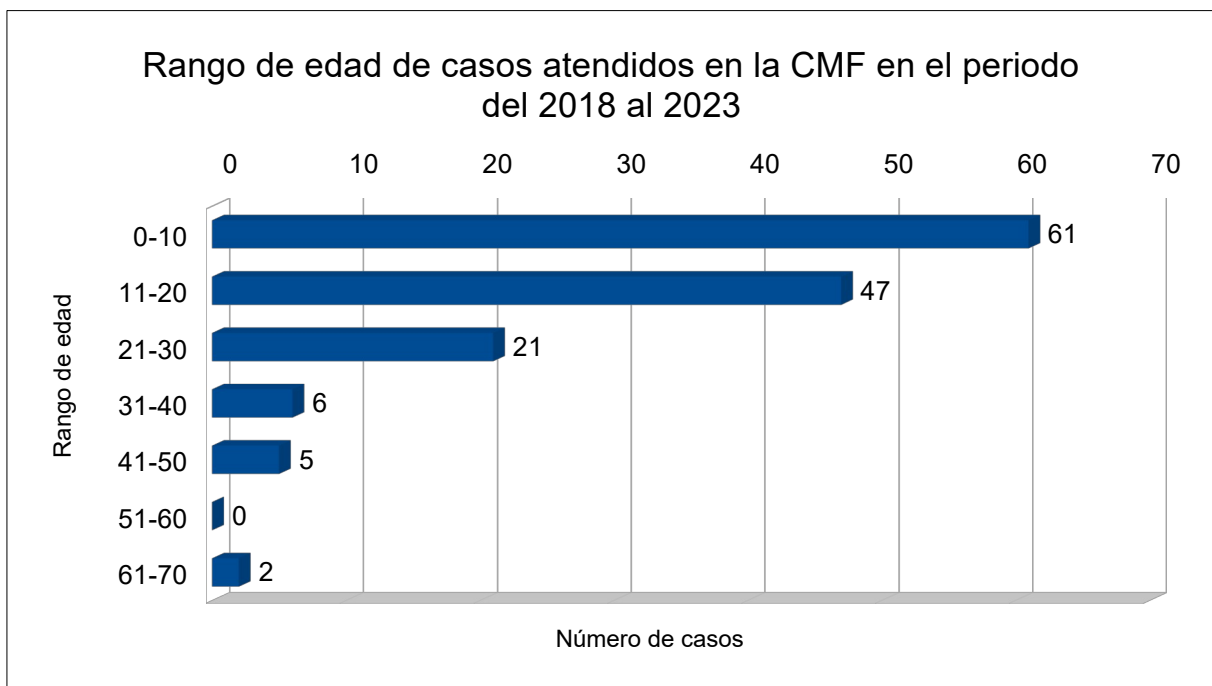
4.1.2 Edad

De la población total de casos analizados (n=142), el rango etario osciló entre los 0 años y los 61 años de edad, con un promedio 15.09 de años, con una moda y mediana en 11 los años y una desviación estándar de 11.46.

Con respecto a la distribución porcentual por rango de edad, el 42.96 % (n=61) se encontraron entre los 0 a 10 años, el 33.10 % (n=47) entre los 11 y 20 años, el 14.79 % (n=21) entre los 21 y 30 años, el 4.23 % (n=6) entre los 31 y 40 años, el 3.52 % (n=5) entre 41 y 50 años y un 1.41 % (n=2) entre los 61 y 70 años, como puede observarse en los gráficos 6 y 7.

Gráfico 6

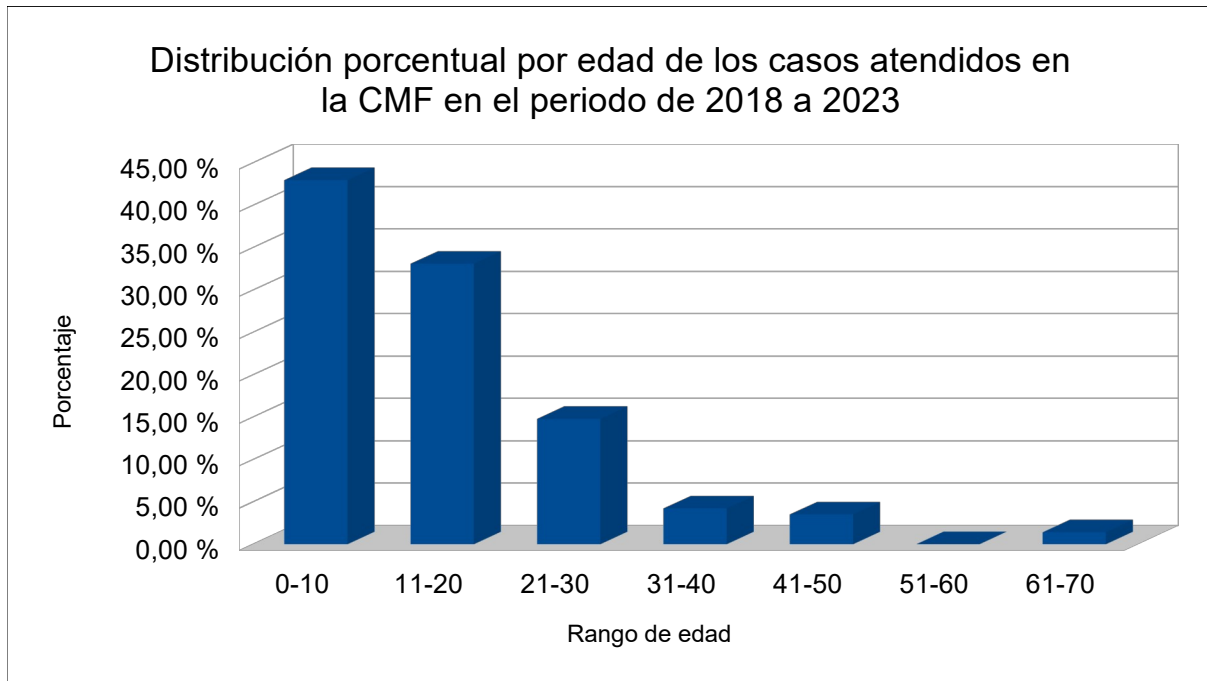
Número de casos por rango de edad atendidos en la CMF en el periodo del 2018 al 2023



Elaboración propia.

Gráfico 7

Distribución porcentual por edad de los casos atendidos en la CMF en el periodo de 2018 a 2023



Elaboración propia.

Por lo que puede evidenciarse, como factor sociodemográfico, que la mayoría de las víctimas se encuentran en un rango de edad entre los 0 y los 20 años, siendo que la edad con mayor casos de denuncias fueron los 11 años, lo cual es congruente con documentos internacionales, como la encuesta NISVS, que reportó que las víctimas manifestaron que los hechos fueron antes de los 25 años de edad.

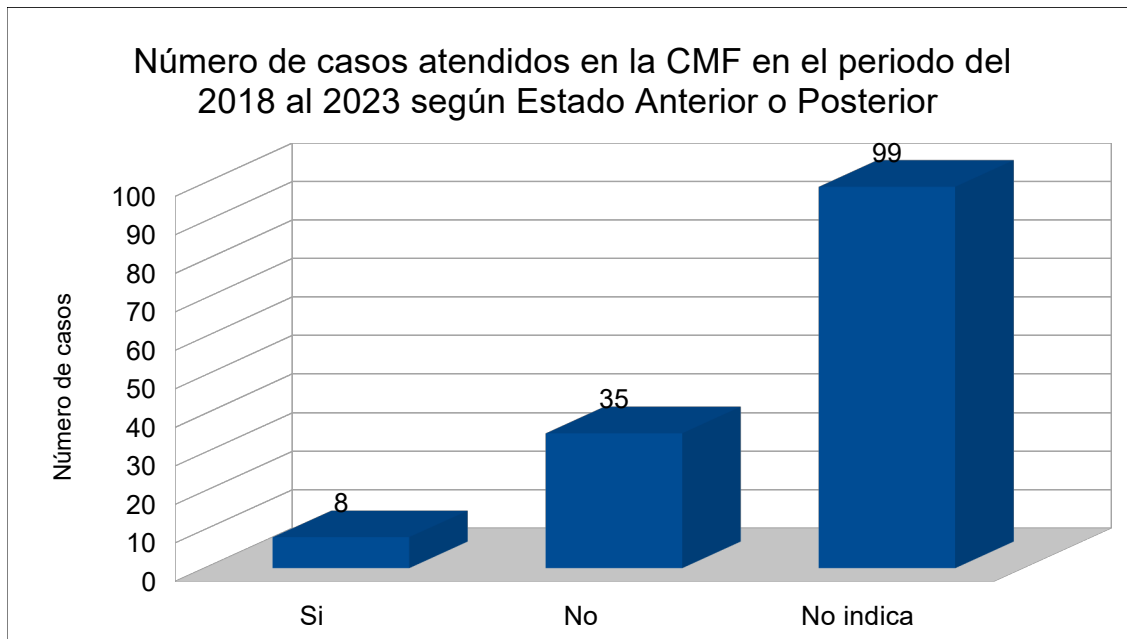
4.1.3 Estado Anterior y Posterior

Con respecto al estado anterior y posterior de los dictámenes médico-legales analizados, en el 69.72 % (n=99) no se anotaron dichos datos en el apartado del Sistema del Departamento de Medicina Legal (SIMEL), ni se indicó la ausencia o presencia en dichos estados ni en la historia médico legal ni en la fundamentación médico legal; en el 24.65 % (n=35) se anotó la ausencia de dichos estados, ya sea en el apartado dispuesto en el SIMEL o en la historia médico-legal; y en el 5.63 % (n= 8) se documentaron estados anteriores o posteriores positivos en los casos valorados,

ya fuere en el apartado dispuesto en el SIMEL para dichos estados o en la historia médico legal, como puede observarse en los gráficos 8 y 9.

Gráfico 8

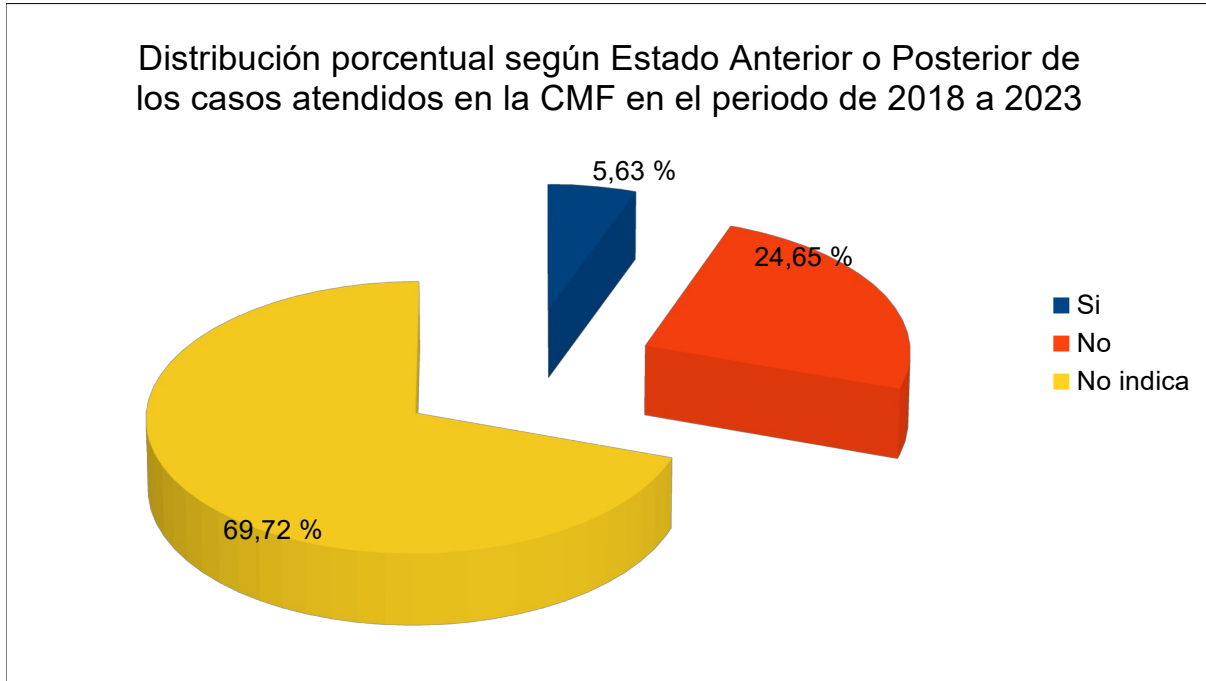
Número de casos atendidos en la CMF en el periodo del 2018 al 2023 según Estado Anterior o Posterior



Elaboración propia.

Gráfico 9

Distribución porcentual según Estado Anterior o Posterior de los casos atendidos en la CMF en el periodo de 2018 a 2023



Elaboración propia.

A pesar de que estudios internacionales han documentado que una víctima que haya sufrido de violencia sexual previa es más propensa a sufrir de violencia sexual posteriormente, los resultados de este estudio no evidencian ese hecho. Sin embargo, es importante aclarar que, en un gran porcentaje (69.72 %), no se indicó la presencia o ausencia de un estado anterior en el dictamen médico legal, por lo que dicho resultado puede no estar reflejando la situación concreta de cada una de las víctimas.

4.2 Criterios lesionológicos documentados en los hombres valorados por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense durante el periodo de diciembre del 2018 a enero del 2023 inclusive.

4.2.1 Lesiones extragenitales

Con respecto a los criterios lesionológicos, en las lesiones extragenitales documentadas en los casos analizados, el 5.63 % (n=8) presentaron lesiones extragenitales y el 94.37 % (n=134) no presentaron lesiones en dicha área. De los 8 casos en los cuales se anotaron lesiones extragenitales, el 37.5 % (n=3) presentaron contusiones simples y un 62.5 % (n=5) presentaron heridas y otros, como puede observarse en los gráficos 10 y 11.

Gráfico 10

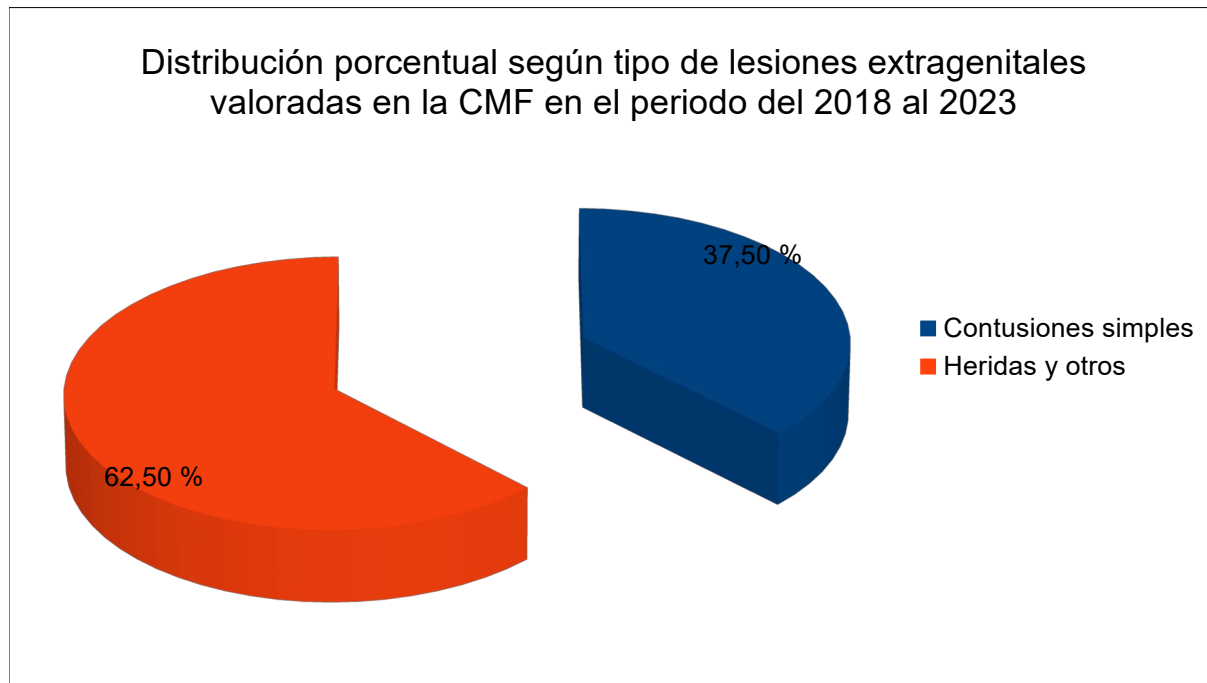
Distribución porcentual de lesiones extragenitales valoradas en la CMF en el periodo del 2018 al 2023



Elaboración propia.

Gráfico 11

Distribución porcentual según tipo de lesiones extragenitales valoradas en la CMF en el periodo del 2018 al 2023



Elaboración propia.

De los casos reportados con contusiones simples, hubo 1 con excoriación en el lado izquierdo del cuello, hematoma periocular izquierdo con hemorragia subconjuntival, 1 con “contusiones simples extragenitales” que no se anotó tipo ni regiones anatómicas. De los casos reportados con heridas y otros, 1 caso presentó una avulsión ungueal del segundo orjejo derecho por agresión en relación al delito sexual, 1 caso fue valorado a solicitud de la Autoridad Judicial por lesión genital documentando la presencia de una tiña pélvica, y 1 caso presentaba una excoriación en el párpado inferior izquierdo, sin embargo, en dicha valoración no se indicó el mecanismo de trauma ni los hechos denunciados en la historia médico-legal ni en la fundamentación médico-legal, debido a que se desconocen los mecanismos de trauma, también hubo 1 caso en el que se documentaron excoriaciones en el rostro, codo y cadera izquierdas y una herida modificada por puntos de sutura en el rostro por agresión en relación con los hechos denunciados de delito sexual, y en 1 caso se anotó equimosis con edema en la región ciliar, con una herida contusa con

esfacelo y movilidad del incisivo central superior derecho con restos hemáticos por agresiones sufridas en relación con los hechos denunciados.

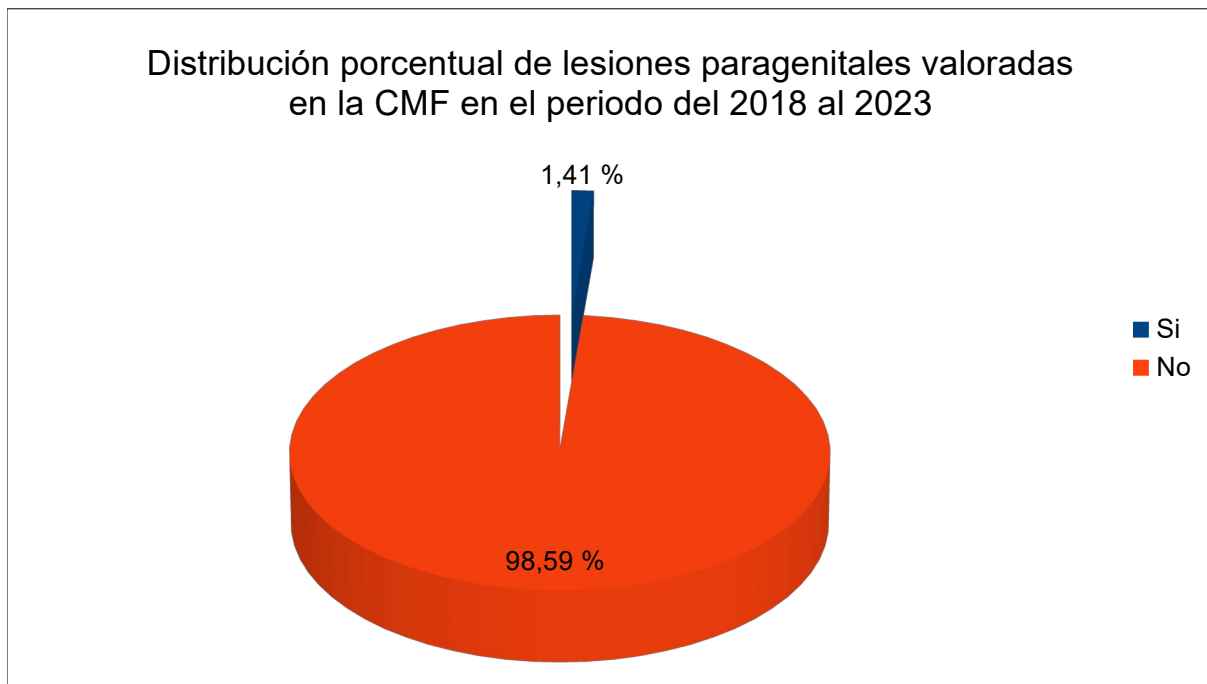
Puede evidenciarse, a nivel lesionológico, que en el caso de las lesiones extragenitales documentadas, la mayoría se relaciona con agresiones físicas provocadas por el presunto perpetrador, ya fuese ante la resistencia de la presunta víctima o como parte del ejercicio del poder sobre la víctima durante el delito. Cabe destacar que todos los casos, excepto en el que se documentó la tiña pélvica, fueron casos en donde la víctima era mayor de edad.

4.2.1 Lesiones paragenitales

A nivel lesionológico, con respecto a las lesiones paragenitales documentadas en los casos analizados, el 1.41 % (n=2) presentaron lesiones paragenitales y el 98.59 % (n=140) no presentaron lesiones en dicha área, como puede observarse en el gráfico 12.

Gráfico 12

Distribución porcentual de lesiones paragenitales valoradas en la CMF en el periodo del 2018 al 2023



Elaboración propia.

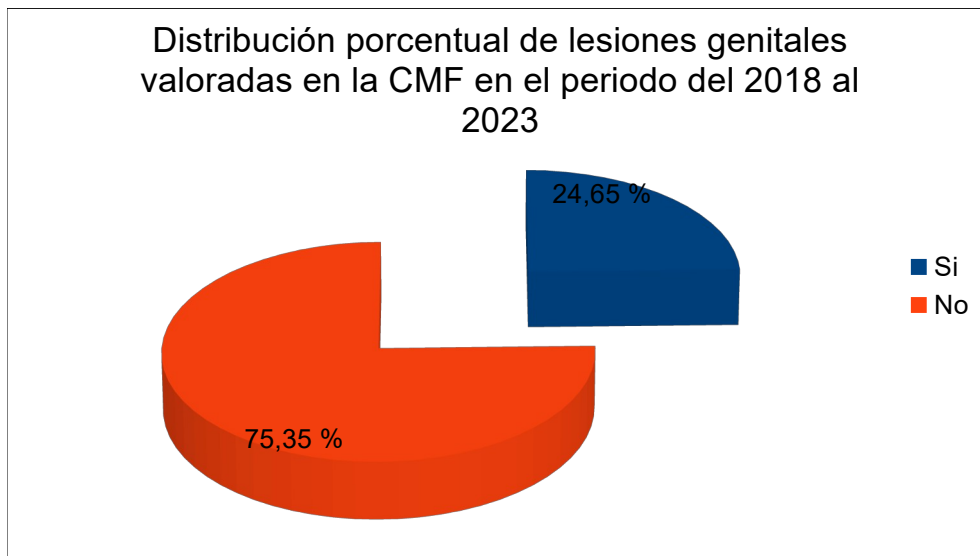
Los 2 casos con lesiones paragenitales documentadas presentaron contusiones simples . En un caso se documentaron equimosis en el cuadrante superior interno del glúteo derecho y en el segundo caso se anotó “contusiones simples” en el surco interglúteo sin especificar. Ambos casos correspondían a personas mayores de edad en donde los evaluados indicaron que opusieron resistencia a la penetración anal, siendo que en el primer caso, el evaluado presentó una lesión genital (fisura anal a las 6 de las manecillas del reloj) por penetración anal; y en el segundo caso el evaluado manifestó un intento de penetración anal con un objeto y presentó a su vez lesiones extragenitales (contusiones simples) por agresión.

4.2.3 Lesiones genitales

Con respecto a la lesionología a nivel genital documentada en los casos analizados, el 24.65 % (n=35) presentaron lesiones genitales y el 75.35 % (n=107) no presentaron lesiones en dicha área. De los 35 casos con lesiones genitales documentadas, el 31.43 % (n= 11) presentaron contusiones simples y el 51.43 % (n=18) presentó heridas y otros, el 11.43 % (n=4) presentaron signos de enfermedades de transmisión sexual y el 5.71 % (n=2) presentaron contusiones simples con heridas y otros, como puede observarse en los gráficos 13 y 14.

Gráfico 13

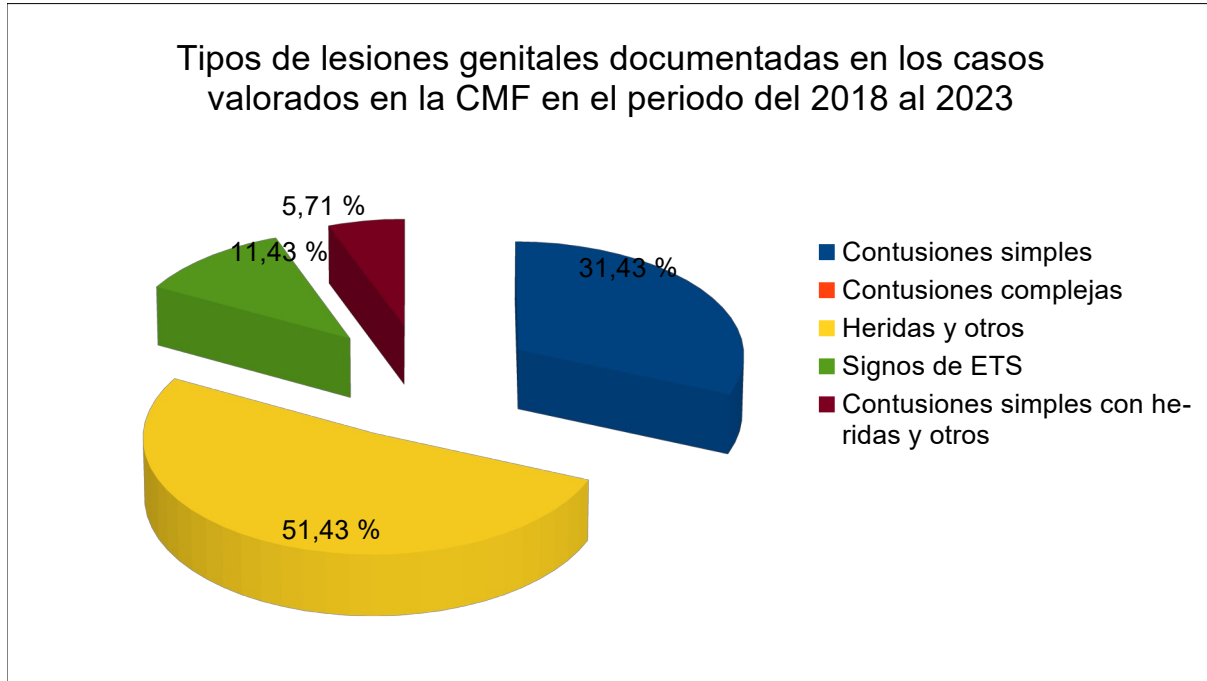
Distribución porcentual de lesiones genitales valoradas en la CMF en el periodo del 2018 al 2023



Elaboración propia.

Gráfico 14

Distribución porcentual de tipo de lesiones genitales valorados en la CMF en el periodo del 2018 al 2023



Elaboración propia.

Es importante denotar que, de acuerdo a la literatura científica sobre la lesionología de delitos sexuales, la inexistencia de lesiones en casos de valoraciones por delitos sexuales con penetración anal puede ocurrir (Suárez & González, 2203; Jenny & Crawford-Jakubiak, 2013; González-Wilhelm, 2016). Se ha descrito que los traumas ano-genitales sanan rápidamente (entre 1-11 días según la gravedad de las lesiones) y frecuentemente no dejan secuelas evidenciables, o son mínimas y difíciles de documentar al poco tiempo de la evolución (Stark, 2005; Lahotiet al., 2001; Smith et al., 2005). De acuerdo a la literatura, la frecuencia esperada de hallazgos al examen físico compatibles con los hechos denunciados de penetración por vía anal es menor al 1 % (Wells, 2006).

En la presente investigación, a nivel lesionológico, se evidenció que en el 24.65 % (n=35) de los casos se documentaron lesiones o hallazgos genitales; en el 45.71 % (n=16) se evidenciaron lesiones o hallazgos de agudos (fisura, hipotonía, edema y/o eritema) y en el 54.28 % (n=19) se

documentaron lesiones o hallazgos crónicos (cicatrices, hipotonía, dilatación, aplanamiento) según lo descrito por la literatura científica (Navarro, 2001; Rodríguez-Almada, 2010) y al análisis de las lesiones y hallazgos y el tiempo de evolución de los hechos denunciados.

En los casos que se documentaron contusiones simples (n=11), 1 con fisura reciente a las 11 y 12 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral); 1 con fisura a nivel anal a las 6 de las manecillas del reloj (que no describe la posición en la cual fue examinado el evaluado); 1 con una fisura reciente en cuña entre las 11 y 1 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral) con enrojecimiento entre las 5 y 11 de las manecillas del reloj y esfínteres normotónicos; 1 con fisuras de 1cm a las 10 y 12 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral); 1 con fisuras a las 6 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral) con escasos restos hemáticos, sin sangrado activo; 1 con fisura a las 8 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral), 1 con fisuras recientes a la 1, 11 y 12 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral) con disminución del tono de los esfínteres anales; 2 con fisura a las 12 de las manecillas del reloj siendo que 1 de ellos se describió con presencia de fibrina (ambos en posición genupectoral); 1 con una fisura superficial reciente a las 11 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral); 1 con laceraciones superficiales múltiples siendo la “mayor” a las 6 de las manecillas de reloj (en posición genupectoral), 1 con fisuras a las 6 y 11 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral), y 1 con fisura reciente a las 11 de las manecillas del reloj (indicación como posición a la valoración “otro”).

Se documentaron fisuras a las 11 de las manecillas del reloj en 63.63 % (n=7) de los casos, fisura a las 12 de las manecillas del reloj en un 45.45 % (n=5) de los casos; fisura a las 6 de las manecillas del reloj en un 36.36 % (n=4) de los casos, fisura a la 1 de las manecillas del reloj en el 18.18 % (n=2) de los casos y fisuras en otras regiones en el 18.18 % (n=2) de los casos, respectivamente a la 1 y 5 de las manecillas del reloj. A su vez, en el 45.45 % (n=5) de los casos se documentaron dos o más fisuras anales al examen físico de la víctima.

Esto es congruente con la literatura científica que describe, sobre la lesionología de los delitos sexuales, que los desgarros de los pliegues radiados pueden evidenciarse entre las 10 y 2 de las manecillas del reloj (Teke, 2001; González-Wilhelm, 2016), y que lesiones documentadas entre

las 5 y 7 de las manecillas del reloj son altamente sospechosas de violencia sexual (Zimmer et al., 2006; González-Wilhelm, 2016).

En los casos en los que se indicaron heridas y otros (n=18): uno con borramiento de pliegues anales documentando una apertura anal aumentada (1.5 x 1 cm); uno con cicatriz antigua a las 12 horas de las manecillas del reloj (en posición genupectoral); tres con aplanamiento de pliegues anales, de los cuales uno presentó esfínteres hipotónicos y fisuras recientes con cambios inflamatorios a las 3, 5, 8 y 11 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral), tres con esfínteres hipotónicos, uno con hipotonía del esfínter anal interno, uno con “mínimo dilatación del esfínter anal externo relacionable con respuesta fisiológica normal del estreñimiento”; uno con aumento de la trama venosa en la región del esfínter anal externo con eritema y aquejando el elemento subjetivo de dolor; uno con una cicatriz triangular con base en el margen anal a la 1 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral); uno con cicatrices en el pene; uno con cicatriz reciente a las 5 de las manecillas del reloj (no se anotó la posición empleada para la valoración); uno con cicatriz a las 3 de las manecillas del reloj (no se anotó la posición empleada para la valoración); uno con edema en el pene y edema y eritema en el surco balanoprepucial con engrosamiento del mismo; uno con leve eritema a las 12 de las manecillas del reloj y una cicatriz antigua a las 11 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral) y uno con cicatriz antigua a las 11 de las manecillas del reloj (en posición genupectoral).

En el 85 % (n=6) de los casos se documentaron cicatrices, y se anotaron en las áreas en donde la literatura científica describe la lesionología a nivel anal, documentando que en las regiones que con mayor frecuencia se evidencian lesiones anales por violencia sexual (Teke, 2001; González-Wilhelm, 2016; Zimmer et al., 2006; González-Wilhelm, 2016).

El 22.22 % (n=4) de los casos se indicó que la persona evaluada presentaba borramiento o aplanamiento de los pliegues anales, congruente con una alteración crónica, y en el 27.77 % (n=5) de los casos se anotó que la persona evaluada presentaba hipotonía de uno o ambos esfínteres anales congruente con una alteración aguda o crónica, la cual se correlacionó con la historia médico-legal. De acuerdo con la literatura científica en relación con lesionología en delitos sexuales con historia de penetración, las posibles lesiones, alteraciones y hallazgos evidenciables en casos en donde se refirió penetración anal, la hipotonía y dilatación pueden ser

una alteración aguda o crónica que se debe correlacionar con la historia médico-legal; y los cambios en la piel perianal se relacionan con alteraciones crónicas (Navarro, 2001; Rodríguez-Almada, 2010).

En los casos que se describieron signos de enfermedades de transmisión sexual, hubo uno en el que se describe al examen físico “ampollas de contenido citrino en el escroto” y en la historia médico-legal se indicó que el menor fue tratado en el Hospital Nacional de Niños por verrugas genitales; uno en el que se documentó una “verruga” en el frenillo del pene; uno en el que se anotó una “lesión rojiza no dolorosa en el glande y meato uretral” que a la historia médico legal se indicó que el menor estaba siendo tratado por sus médicos asistenciales por verrugas condilomatosas en el pene; uno con vesículas rotas dolorosas con liquenificación por rascado localizadas en la región anal que convergen en la región perianal, y en la historia médico legal se anotó que el menor se encontraba en tratamiento por sus médicos tratantes con Aciclovir. El 100 % de los casos (n=3) correspondieron a casos en donde fueron valorados por un médico tratante con datos objetivos (ya fuera un examen físico y/o con resultados de laboratorio positivos) por enfermedades de posible transmisión sexual, por las cuales el evaluado estaba o había sido tratado y se interpuso una denuncia por parte de dichos médicos tratantes.

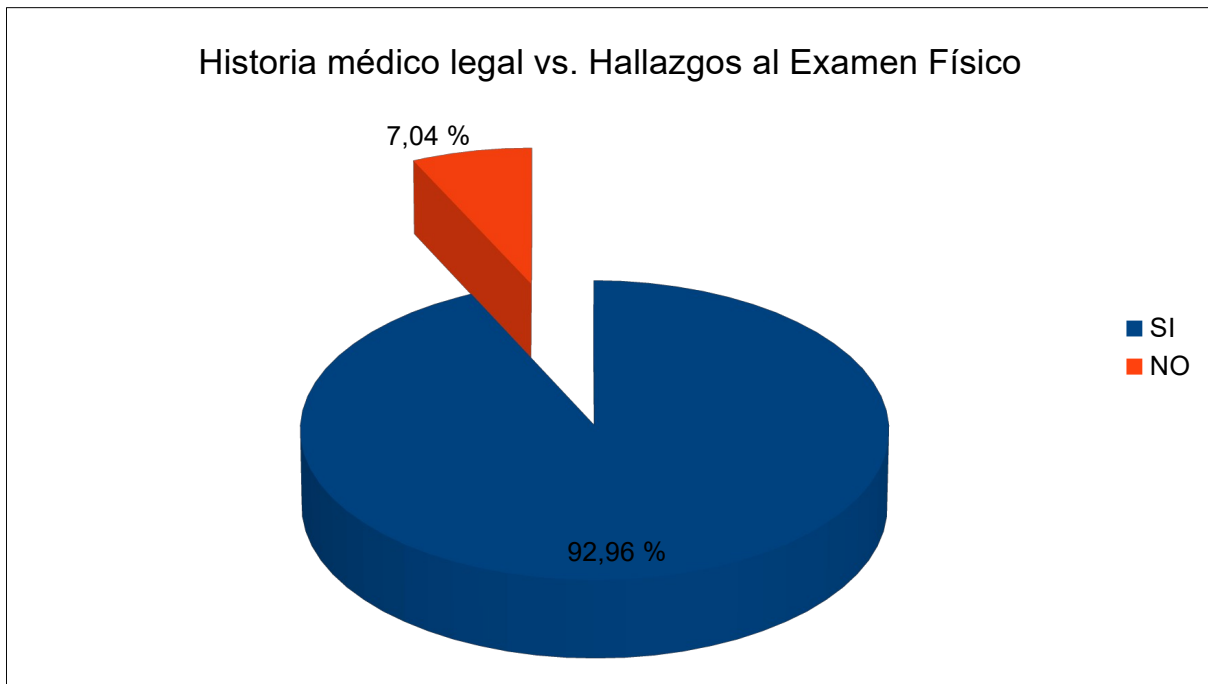
La literatura científica documentada en este trabajo, en relación con los signos de enfermedades de transmisión sexual con historia de delito sexual, reporta diagnósticos positivos por Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, VIH y hepatitis B y C; pero no se evidenciaron estudios sobre la infección por herpes simples o virus de papiloma humano ante un delito sexual. 4.3 Criterios de análisis para relación de causalidad documentados en los hombres valorados por delitos sexuales en la Sección Clínica Médico Forense durante el periodo de diciembre del 2018 a enero del 2023 inclusive.

4.3.1 Historia Clínica vs. Hallazgos al Examen Físico

En relación con los casos analizados (n=142), el 92.96 % (n=132) indicó que lo descrito en la historia médico legal podría relacionarse con los hallazgos documentados al examen físico, y en el 7.04 % (n=10) de los casos dichos hallazgos no eran posibles de relacionar con lo descrito en la historia médico-legal o no existía historia médico legal con la cual pueda analizarse el examen físico descrito, como puede observarse en el gráfico 15.

Gráfico 15

Historia médico legal vs. Hallazgos al Examen Físico



Elaboración propia.

De ese porcentaje negativo, se evidenció que, 1 caso en donde el evaluado manifestó que hacía 3 días despertó con la ropa interior por los muslos y “siento que me metieron en el cuerpo como un parlante porque escucho como ruidos dentro del cuerpo...yo creo que me implantaron un lector de mentes...” con un examen físico sin lesiones, alteraciones, hallazgos ni evidencia de cuerpos extraños; un caso valorado el día de los hechos en donde el evaluado indicó que la persona imputada le practicó una felación y le “mordió el pene” en cuatro ocasiones con un examen físico sin lesiones, ni signos inflamatorios ni otras alteraciones; un caso valorado el día de los hechos con felación, penetración anal y forcejo con un examen físico sin lesiones, ni signos inflamatorios, ni otras alteraciones a nivel extragenital, paragenital y genital; dos casos en los cuales no se anotaron los hechos denunciados, ni el mecanismo de trauma ni la fecha de los hechos, pero en donde se indicó que dicha información se encontraba en la denuncia con un examen físico sin lesiones ni alteraciones ni hallazgos; un caso en donde en la historia médico-legal únicamente se anota que es un menor de edad al cuidado del Patronato Nacional de la Infancia (PANI) que se encontraba actualmente en tratamiento antiretroviral con un examen

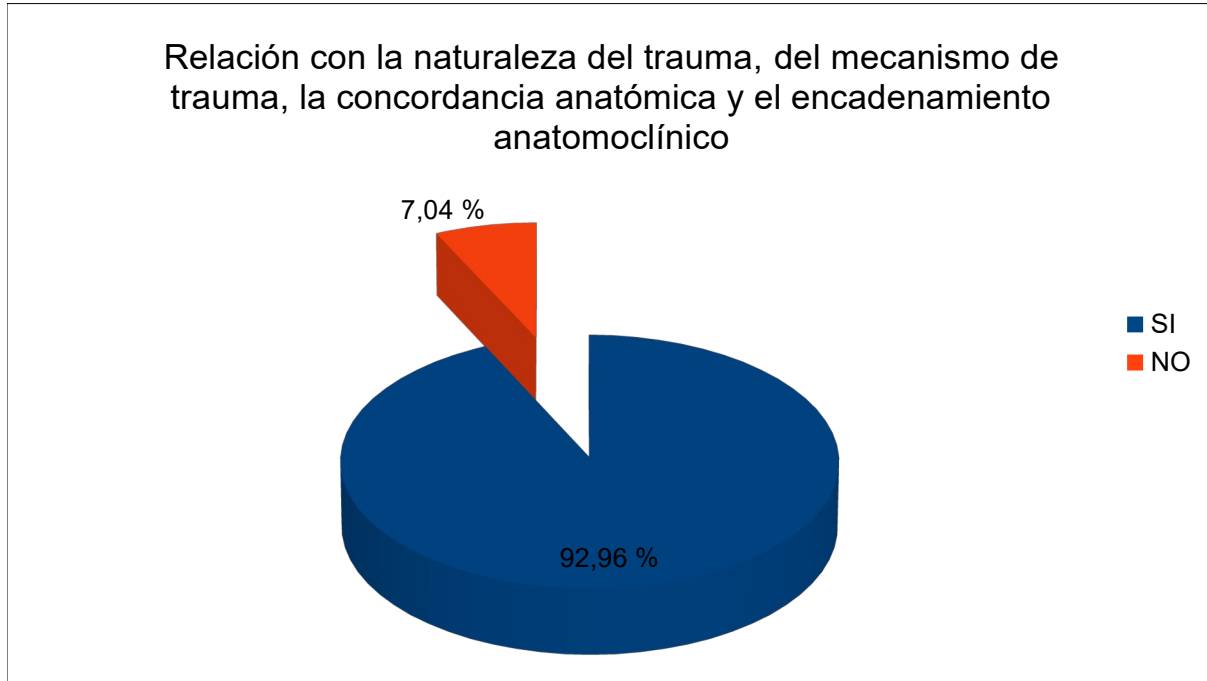
físico con una excoriación a nivel extragenital y una fisura reciente a nivel anal; un caso de cinco días de evolución donde el evaluado dice únicamente recordar haber acudido a la Caja Costarricense del Seguro Social, en donde le suturaron una herida en el rostro y, debido a que no recordaba los hechos, interpone la denuncia a fin de valorar si hubo violación con un examen físico sin lesiones ni alteraciones ni hallazgos; un caso en el cual no se indican los hechos denunciados, ni el mecanismo de trauma ni la fecha de los hechos pero donde se anotó que dicha información se encontraba en la denuncia con un examen físico documentando una verruga en el pene; un caso en donde el evaluado manifestó consumo de licor sin recordar hechos sin precisar si fue víctima de algún delito sexual con un examen físico sin lesiones ni alteraciones ni hallazgos; y un caso de cinco días de evolución en donde el evaluado manifestó únicamente recordar haber dormido con otro hombre sin precisar si fue víctima de algún delito sexual por lo cual interpuso la denuncia.

4.3.2 Naturaleza del trauma, del mecanismo de trauma, la concordancia anatómica y el encadenamiento anatomoclínico

En relación con los casos analizados (n=142), en el 92.96 % (n=132) el mecanismo de trauma descrito era adecuado para lo que se documentó al examen físico, lo evidenciado al examen físico (en caso de presentar lesiones, alteraciones o hallazgos) era adecuado con el mecanismo de trauma descrito, presentaba concordancia entre lo descrito como lugar del traumatismo y la localización del trauma y encadenamiento anatomoclínico, y en el 7.04 % (n=10) de los casos no fue posible establecer estos criterios de relación de causalidad, como puede observarse en el gráfico 16.

Gráfico 16

Relación con la naturaleza del trauma, del mecanismo de trauma la concordancia anatómica y el encadenamiento anatomoclínico



Elaboración propia.

De los 10 casos en donde no se pudo establecer este criterio; uno de los casos el evaluado manifestó que “sentía que le habían implantado” un objeto lector de mentes en el ano y que el mismo aún se encontraba en su cuerpo, pero en el examen físico no se evidenciaron lesiones, ni alteraciones, ni hallazgos ni otro dato que sugiriese o evidenciase la presencia de un objeto extraño en dicha cavidad; un caso valorado el día de los hechos en donde el evaluado refirió haber sido mordido en cuatro ocasiones en el pene con un examen físico sin lesiones, ni alteraciones ni hallazgos; un caso valorado el día de los hechos con felación, penetración anal y forcejo con un examen físico sin lesiones, ni signos inflamatorios, ni otras alteraciones a nivel extragenital, paragenital y genital; dos casos en los cuales no se anotaron los hechos denunciados, ni el mecanismo de trauma ni la fecha de los hechos, pero en donde se indicó que dicha información se encontraba en la denuncia con un examen físico sin lesiones ni alteraciones ni hallazgos; un caso en donde en la historia médico-legal únicamente se anota que es un menor de edad al cuidado del Patronato Nacional de la Infancia (PANI) que se encontraba actualmente

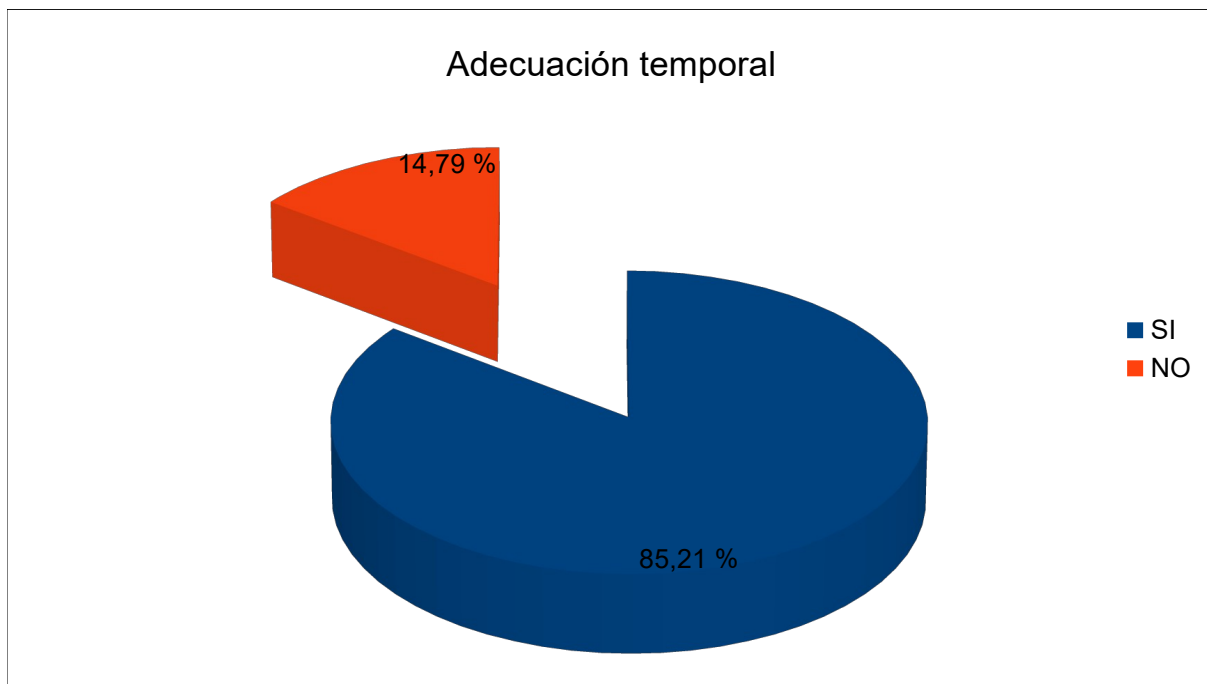
en tratamiento antiretroviral con un examen físico con una excoriación a nivel extragenital y una fisura reciente a nivel anal; un caso de 5 días de evolución donde el evaluado refiere únicamente recordar haber acudido a la Caja Costarricense del Seguro Social, en donde le suturaron una herida en el rostro y, debido a que no recordaba los hechos, interpone la denuncia a fin de valorar si hubo violación con un examen físico si lesiones ni alteraciones ni hallazgos; un caso en el cual no se indican los hechos denunciados, ni el mecanismo de trauma ni la fecha de los hechos, pero en donde se anotó que dicha información se encontraba en la denuncia con un examen físico documentando una verruga en el pene; un caso en donde el evaluado manifestó consumo de licor sin recordar hechos sin precisar si fue víctima de algún delito sexual con un examen físico sin lesiones ni alteraciones ni hallazgos; y un caso de cuatro días de evolución en donde el evaluado manifestó únicamente recordar haber dormido con otro hombre sin precisar si fue víctima de algún delito sexual por lo cual interpuso la denuncia.

4.3.3 Adecuación temporal

Del total de casos analizados (n=142), en el 85.21 % (n=121) fue posible establecer una concordancia entre el tiempo transcurrido entre los hechos denunciados y lo documentado al examen físico, y en el 14.79 % (n=21) no fue posible establecer esta relación de causalidad, como puede observarse en el gráfico 17.

Gráfico 17

Adecuación temporal



Elaboración propia.

Con respecto a los casos en los cuales no fue posible establecer una adecuación temporal, se evidenciaron doce casos en donde el evaluado no precisaba ni lograba dar un aproximado del tiempo en el cual ocurrieron los hechos denunciados, y nueve casos en donde no se documentó la fecha de los hechos o un tiempo aproximado de los mismos. Cabe destacar que los evaluados que no lograron precisar el momento en el cual se dieron los hechos denunciados (n=12) fueron todos menores de edad en un rango de edad entre los 2 a 11 años, con un promedio de 5.5 años, una desviación estándar de 3.31 años, una moda de 3 años y una mediana de 4 años. A su vez, cabe agregar que en este grupo, en uno de los casos se anotó que el evaluado tiene una conducta

desinhibida y erotizada, presentando una erección al limpiarle el esfínter anal con heces con una servilleta; y uno de los casos presentó cicatrices en los pliegues anales, sin embargo, con historia de ser un menor estreñido; en el resto, el examen físico se documentó sin lesiones, alteraciones ni hallazgos.

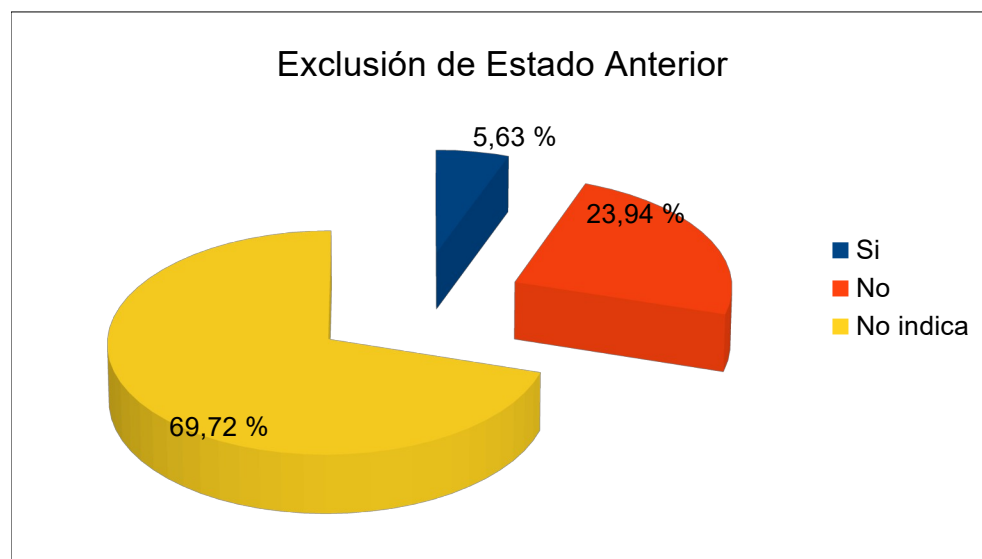
Al análisis de los casos por denuncia de delito sexual, sin precisar la fecha de los hechos por parte del evaluado o por la persona acompañante del menor, los hechos descritos no acontecieron en un periodo agudo.

4.3.4 Exclusión de Estado Anterior

Con respecto al estado anterior de los dictámenes médico-legales analizados, en el 69.72 % (n=99) no se anotaron dichos datos en el apartado del Sistema del Departamento de Medicina Legal (SIMEL) ni se indicó la ausencia o presencia en dicho estado ni en la historia médico-legal ni en la fundamentación médico-legal; en el 24.65 % (n=35) se documentó la ausencia de dicho estado ya fuese en el apartado dispuesto en el SIMEL o en la historia médico legal; y en el 5.63 % (n= 8) se refirieron estados anteriores positivos en los casos valorados, ya fuere en el apartado dispuesto en el SIMEL para dichos estados o en la historia médico-legal, como puede observarse en el gráfico 18.

Gráfico 18

Exclusión de Estado Anterior



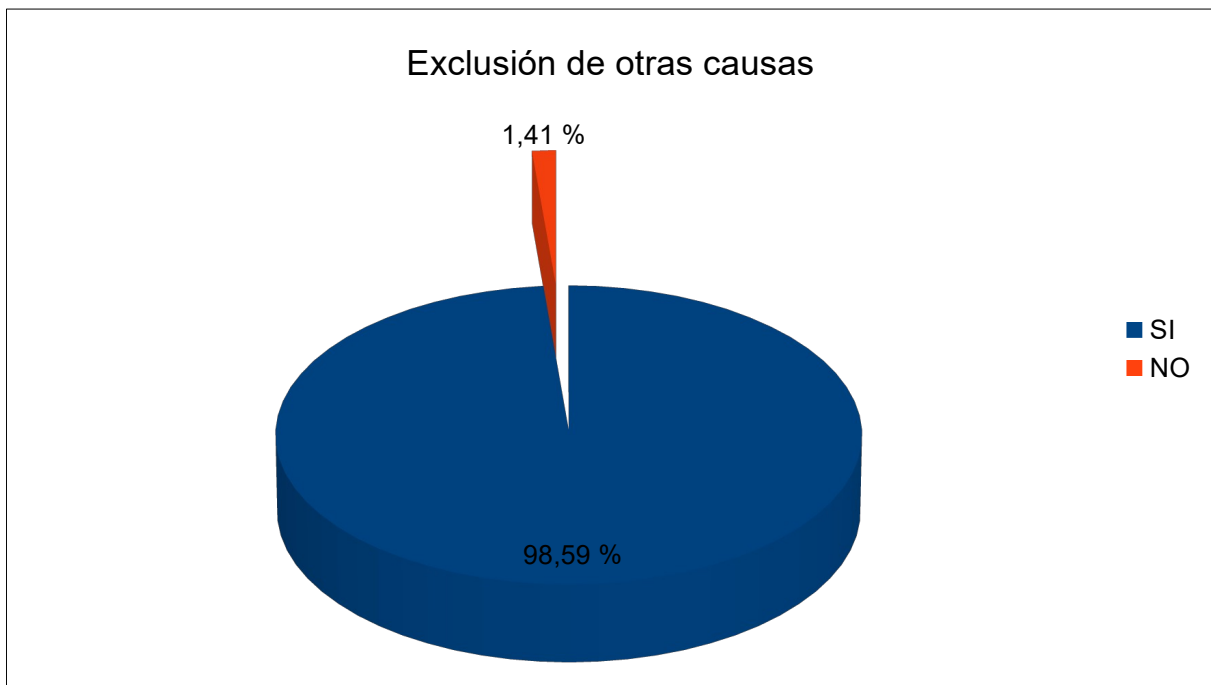
Elaboración propia.

4.3.5 Exclusión de otras causas

De los 142 casos analizados, en el 98.59 % (n= 140) no se documentaron otras causas que pudiesen generar las lesiones o alteraciones descritas en el examen físico, y de el 1.41 % (n= 2), solo en un caso si se documentó otra posible causa que pudiese relacionarse con lo descrito en el examen físico (estreñimiento en el evaluado menor de edad), y en otro caso en donde no se indicó mecanismo de trauma, fecha de los presuntos hechos ni los hechos denunciados, como se observa en el gráfico 19.

Gráfico 19

Exclusión de otras causas



Elaboración propia.

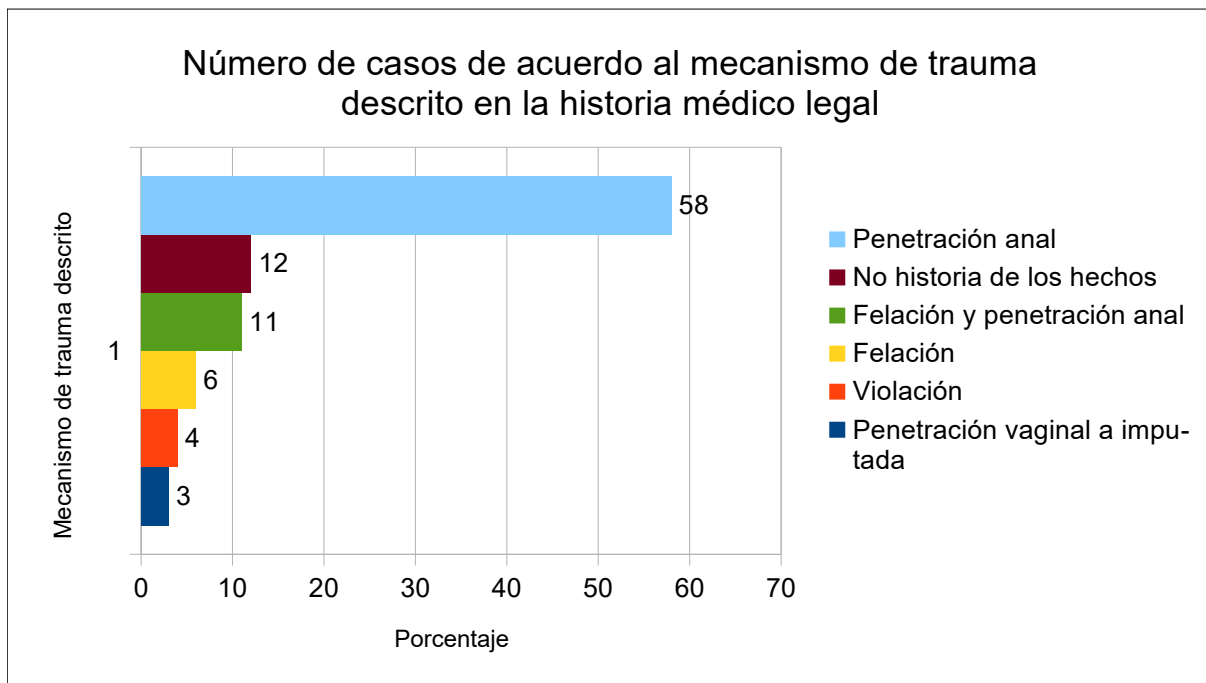
Con respecto a los casos en los cuales se documentaron otras causas posibles para las lesiones y/o alteraciones descritas en el examen físico, se evidenció un caso de un menor de edad que no precisó fecha de los hechos con historia de tocamiento, felación y penetración anal con dedos y pene, con un examen físico en donde se anotó que presenta una mínima dilatación del esfínter anal externo “relacionable con respuesta fisiológica normal del estreñimiento”; y un caso de un menor de edad en el que no se documentan el mecanismo de trauma ni datos en relación con los

hechos u otras posibles causas de trauma, con un examen físico que evidenció una fisura superficial reciente a las 11 horas de las manecillas del reloj en posición genupectoral.4.4. Historia médico legal y mecanismo de trauma descrito

Al recopilar todos los datos de la muestra de casos (n=142), se evidenció que el 58.45 % (n=83) fueron casos con penetración anal, el 12.68 % (n=18) fueron casos en donde no se contó con la historia de los hechos denunciados ni el mecanismo de trauma, 9.86 % (n= 14) fueron casos con felación y penetración anal, de los cuales en uno de ellos la felación fue realizada de la presunta persona imputada al evaluado, 7.75 % (n=11) fueron casos con felación, 4.93 % (n=7) fueron casos en donde se indicó correspondía a una violación sin detallar los hechos, 2.82 % (n=4) fueron casos de penetración vaginal del evaluado a la presunta imputada, de los cuales en tres hubo felación al evaluado, 0.70 % (n=1) fue un caso en donde se documentó agresión sexual sin detallar los hechos, como puede observarse en el gráfico 20.

Gráfico 20

Casos de acuerdo al delito descrito en la historia médico legal



Elaboración propia.

4.4.1 Tiempo transcurrido desde los hechos denunciados y la valoración médico legal

De la totalidad de los casos analizados (n=142), se evidenció que el rango mínimo de tiempo entre la valoración médico-legal y la fecha de la perpetración de los hechos denunciados fue de cero días (siendo atendido el día de los presuntos hechos), con un rango máximo de catorce años, con un promedio de 230.91 días, una desviación estándar de 602.33 días, una moda de un día y una mediana de ocho días.

El rango mínimo de tiempo de denuncia y valoración (0 días), la moda (1 día) y la mediana (8 días) son congruentes con la implementación de la valoración de los evaluados en el Protocolo de 72 horas; así como con lo descrito en la literatura sobre el aumento de la frecuencia de denuncias de delitos sexuales en hombres, por un aumento real en este tipo de delitos y a la concientización de la víctimas de estas agresiones y su necesidad de denunciar y exponer su caso ante las autoridades (Cañadas, 2018).

Sobre el rango máximo de tiempo de denuncia, es congruente con lo que se ha evidenciado en la literatura científica, donde se ha estimado que podría ameritar un promedio de 20 años para que la víctima masculina manifieste su historia de delito sexual, debido al estigma inducido por las normas tradicionales de la masculinidad hegemónica (Easton et al., 2014).

También es previsible una desviación estándar con un valor tan alto, pues nos infiere que los datos se encuentran dispersos y no concentrados alrededor de una única media, evidenciando que el tiempo entre el delito y la denuncia por parte de la víctima se encuentra en un intervalo muy amplio: entre víctimas que denuncian el mismo día de los hechos o en los días próximos y víctimas que denuncian meses o años después de ocurrido los hechos.

En los casos en el que se describió penetración anal (n=58), el rango mínimo de tiempo entre la valoración médico legal y los hechos denunciados fue de 0 días, con un rango máximo de 14 años, con un promedio de 277.89 días, una desviación estándar de 725.20 días, una moda de un día y una mediana de nueve días.

Los casos en los cuales se denunció felación (n=6), el rango mínimo de tiempo entre la valoración médico legal y los hechos denunciados fue de cero días, con un rango máximo de un

año, con un promedio de 131.13 días, una desviación estándar de 151.95 días, una moda de un año y una mediana de tres meses.

Sobre los casos en los cuales se indicó penetración anal y felación (n=11), el rango mínimo de tiempo entre la valoración médico legal y los hechos denunciados fue de cero días, con un rango máximo de tres años, con un promedio de 143.25 días, una desviación estándar de 305.08 días, una moda de un día y una mediana de cinco días.

En los casos en los cuales se anotó violación (n=4) sin describir los detalles del delito, el rango mínimo de tiempo entre la valoración médico legal y los hechos denunciados fue de cero días, con un rango máximo de un año, con un promedio de 85.20 días, una desviación estándar de 158.53 días, una moda de cero días y una mediana de un día.

Los casos en los cuales no se describió la dinámica de los hechos (n=12), el rango mínimo de tiempo entre la valoración médico legal y los hechos denunciados fue de un día, con un rango máximo de tres meses, con un promedio de 27.58 días, una desviación estándar de 58.63 días, una moda de cero días y una mediana de 3.50 días.

Sobre los casos en donde se describió penetración por parte del evaluado a una imputada en su cavidad vaginal (n=3), el rango mínimo de tiempo entre la valoración médico legal y los hechos denunciados fue de cero días, con un rango máximo de un año, con un promedio de 106.25 días, una desviación estándar de 174.80 días, una moda de cero días y una mediana de un mes.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los hallazgos de este estudio de investigación evidencian que la mayoría de las víctimas masculinas que denuncian delitos sexuales se encuentran en el grupo poblacional pediátrico y adolescente, con un pico de incidencia a los 11 años. Este es un dato fundamental en la práctica médico-legal, ya que implica la necesidad de aplicar protocolos de entrevista y valoración diferenciados para esta población, los cuales deben ser adaptados a personas menores de edad, y resalta la importancia de contar con equipos de intervención interdisciplinaria (como psicología, trabajo social y psiquiatría) en este tipo de proceso judiciales.

De acuerdo con los resultados de este estudio, se evidencia una mayor cantidad de denuncias y valoraciones en áreas de mayor densidad demográfica, que documenta que la provincia con mayor cantidad de casos denunciados y valorados fue San José; siguiendo en orden decreciente: Heredia, Alajuela, Limón, Puntarenas, Guanacaste y Cartago. Es importante aclarar que este trabajo de investigación valoró los casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense, dado que se debe considerar que el número de casos analizados de las provincias de Alajuela, Cartago, Guanacaste, Puntarenas y Limón no son la totalidad de casos valorados por delitos sexuales en hombres durante el periodo del 2018 a 2023, pues el Departamento de Medicina Legal de Costa Rica contaba con las Unidades Médico Legales de: San Ramón, San Carlos, Liberia, Cartago, Turrialba, Puntarenas, Liberia, Quepos/Garabito, Pérez Zeledón, Corredores, Pococí y Limón.

Asimismo, se identificó que una considerable proporción de casos correspondían a denuncias tardías de delitos sexuales que la presunta víctima manifestó transcurrido hasta varios años entre los hechos denunciados y la valoración médico-legal. Esta circunstancia limita de forma importante la posibilidad de documentar lesiones recientes y establecer la adecuación temporal; debilitando así la fortaleza probatoria del dictamen médico-legal. Desde el punto de vista práctico y social, este hallazgo evidencia la necesidad de campañas de educación, concientización y sensibilización a nivel educativo, poblacional, estatal e institucional que busquen fomentar la denuncia temprana por parte de la población y las víctimas, así como la capacitación de peritos en la valoración de lesiones crónicas y evidencias cicatrizales.

En cuanto al factor lesionológico, en los casos de denuncias por violación en la población masculina, el predominio de las lesiones anales frente a las descritas en otras regiones

anatómicas, reafirma lo descrito tanto en la literatura internacional como la nacional. De tal manera que concuerda lo evidenciado en esta investigación en comparación con la literatura científica, en que la lesionología de los delitos sexuales, donde las lesiones de los pliegues radiados documentadas varían entre las 10 y 2 de las manecillas del reloj, y entre las 5 y 7 de las manecillas del reloj, con el evaluado en posición genupectoral, son altamente sospechosas de violencia sexual.

Sin embargo, en muchos de los casos analizados, las lesiones fueron mínimas o inexistentes, o correspondían a hallazgos inespecíficos, lo que subraya la relevancia de una descripción exhaustiva de los hallazgos negativos y la utilización de los criterios de causalidad como los criterios de Simonin para valorar la coherencia entre la narración de los hechos denunciados por la persona evaluada, o su acompañante, y la exploración física.

Finalmente, resulta relevante que en un 92.9 % de los dictámenes se logró establecer una coherencia causal entre lo evidenciado a la valoración médico-legal y los hechos denunciados. Este resultado refuerza la validez de la labor médico-legal, demostrando que, pese a las limitaciones en documentación, denuncias tardías y características propias de la anatomía y fisiología de la región genital y paragenital, la pericia médico-legal logra aportar elementos consistentes para la administración de la justicia.

CAPÍTULO VI. CRITERIOS DE VALORACIÓN PERICIAL MÉDICO-LEGAL EN LOS CASOS DE DELITOS SEXUALES EN HOMBRES

Tomando en cuenta los resultados de esta investigación y su contraste con la literatura médico-legal, se proponen a continuación una serie de criterios orientadores para la valoración pericial en casos de delitos sexuales cometidos contra hombres. Estos criterios surgen de la sistematización de los hallazgos obtenidos y de los aportes teóricos disponibles, por lo cual constituyen una guía práctica que puede ser considerada en la labor del personal médico forense. Su finalidad es aportar lineamientos que fortalezcan la objetividad, la reproducibilidad y la calidad de los dictámenes, en beneficio de la adecuada administración de justicia.

6.1 Historia Médico Legal

La historia médico-legal constituye el eje central de la valoración, por lo cual debe consignarse de manera detallada la narración de los hechos denunciados, el mecanismo referido (penetración anal, oral o vaginal, pasiva o activa), la presencia o ausencia de fuerza física, amenazas, uso de objetos, preservativo, eyaculación, sangrado y síntomas posteriores. Es fundamental precisar la temporalidad de los hechos, ya que la cronología condiciona tanto la interpretación de los hallazgos como la viabilidad de la recolección de indicios biológicos. Asimismo, deben incluirse antecedentes del estado anterior (enfermedades de transmisión sexual, hábitos defecatorios como diarrea o estreñimiento, antecedentes anorrectales o urológicos, consumo de medicamentos) y del estado posterior (cambios físicos o conductuales, dolor persistente, disfunción sexual, retraimiento o conductas desinhibidas), a fin de contextualizar los hallazgos dentro de la valoración médico-legal.

6.2 Examen Físico

El examen físico debe realizarse de manera completa y sistemática. Se recomienda documentar lesiones extragenitales y paragenitales que puedan guardar relación con actos de fuerza o contención. En la exploración genital y anorrectal, la inspección debe efectuarse con adecuada iluminación, utilizando posiciones recomendadas (como la genupectoral y la lateral), describiendo las lesiones con base en el esquema de las manecillas del reloj y consignando

características específicas como fisuras, cicatrices, equimosis o signos de hipotonía esfinteriana. Dicho registro debe realizarse con terminología técnica y objetiva.

6.3 Adecuación temporal y causalidad médico-legal

En cada dictamen debe analizarse la relación temporal entre los hechos denunciados y la valoración pericial. La rápida cicatrización de las mucosas y la posibilidad de ausencia de lesiones visibles, aun en casos de penetración, obligan a que el perito deje constancia de las limitaciones en la interpretación. La valoración médico-legal debe consignar si los hallazgos son compatibles con el mecanismo referido, así como los inespecíficos, tomando en cuenta el estado anterior y posterior, así como el tiempo transcurrido. La ausencia de lesiones no excluye por sí sola la ocurrencia del hecho denunciado, por lo cual debe enunciarse claramente en las conclusiones periciales. El examen físico debe realizarse de manera completa y sistemática.

6.4 Recolección de indicios

La toma de muestras debe guiarse por la historia y el tiempo transcurrido desde los hechos. Cuando la cronología lo permite, deben considerarse hisopados anales, orales o genitales, así como la recolección de ropa, cabellos o residuos subungueales, siempre bajo la respectiva cadena de custodia. En los casos de violación dentro de las primeras 72 horas, el perito debe referir a la persona usuaria a la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de que el médico asistencial valore la pertinencia de la aplicación de profilaxis post-exposición al VIH y la terapia preventiva para infecciones de transmisión sexual, de acuerdo con el Protocolo Interinstitucional vigente.

6.5 Integración pericial

Finalmente, el perito debe integrar de manera razonada la historia médico-legal, el examen físico, la adecuación temporal y los hallazgos objetivos, enunciando las conclusiones en términos técnico-periciales. Se recomienda consignar expresamente las limitaciones encontradas, como valoraciones tardías o ausencia de estudios complementarios, y dejar claro el alcance del dictamen. La redacción debe ser objetiva, reproducible y orientada a aportar elementos de prueba útiles para la autoridad judicial, sin emitir juicios de credibilidad sobre la persona evaluada.

Dicho análisis debe consignarse en el apartado de Fundamentación Médico Legal, en el cual deben retomarse de manera explícita tanto los hallazgos compatibles con los hechos denunciados como aquellos de carácter inespecífico, señalando en cada caso si guardan o no relación con el mecanismo referido, de manera que queden fundamentadas las conclusiones del dictamen, para que la Autoridad Judicial cuente con una interpretación clara y científicamente sustentada, acorde con los principios de la Medicina Legal.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

1. La violencia sexual contra los hombres en Costa Rica constituye un fenómeno en donde la mayoría de las víctimas son niños y adolescentes, con un pico en los once años, lo cual evidencia la alta vulnerabilidad de la población masculina a edades tempranas, en donde la dependencia familiar, la falta de recursos y el estigma social pueden limitar las posibilidades de una denuncia oportuna.
2. En relación con la lesionología, se identificó una baja frecuencia de lesiones extragenitales y paragenitales, mientras que las lesiones, alteraciones y hallazgos genitales (fisuras y cicatrices) constituyeron lo descrito de forma más frecuente. Esto guarda congruencia con lo determinado en la literatura científica, donde se reconoce la dificultad diagnóstica debido a la rápida cicatrización de los tejidos de dichas áreas y la posibilidad de ausencia de lesiones visibles, aún en casos en donde se haya manifestado que hubo penetración.
3. La relación de causalidad médico legal entre la historia médico legal y lo evidenciado a nivel del examen físico fueron coherentes en un 92.96 % de los casos, lo cual demuestra la solidez de los dictámenes médico-legales cuando existe la correlación entre el relato de la víctima y lo documentado a nivel del examen físico. Sin embargo, persisten limitaciones en la adecuación temporal en víctimas menores de edad, y en casos donde hubo un retraso en la denuncia.
4. El mecanismo de trauma de los delitos sexuales en hombres más frecuente fue la penetración anal y la felación, lo que plantea desafíos en la interpretación médico-legal, particularmente cuando la valoración ocurre posterior a las 48 horas y 24 horas de los hechos, respectivamente, para la toma de muestras.
5. El tiempo transcurrido entre la agresión y la valoración médico-legal mostró una gran dispersión (0 días a 14 años), lo que evidencia tanto la falta de denuncia inmediata como la existencia de obstáculos personales, sociales y estructurales que retrasan el acceso a la justicia.

6. Los hallazgos de este estudio subrayan que, si bien los dictámenes médico-legales constituyen una herramienta fundamental para la objetivación del delito de violación en hombres, su efectividad depende de la calidad de la documentación, la oportunidad de la denuncia y la cobertura equitativa de los servicios médico-legales en todo el territorio nacional.

7. En conjunto, los resultados de este trabajo evidencian la necesidad de visibilizar la violencia sexual contra hombres como un problema que necesita respuestas médico-legales y sociales específicas. La caracterización sociodemográfica y lesionológica obtenida aporta insumos concretos para la práctica pericial, al tiempo que revela limitaciones estructurales relacionadas con la denuncia tardía, la cobertura de los servicios y la ausencia de protocolos diferenciados para esta población. Este estudio contribuye así a la consolidación de un conocimiento aplicado en Medicina Legal en Costa Rica, con el potencial de orientar la capacitación de peritos, fortalecer la elaboración de dictámenes y servir como base para futuras investigaciones que aborden, de manera más amplia, la complejidad de estos casos. Asimismo, los criterios propuestos en este trabajo representan una herramienta metodológica que puede guiar la valoración pericial de los delitos sexuales en hombres, facilitando conclusiones claras, fundamentadas y útiles para la administración de justicia.

CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES

1. Consignar en los dictámenes variables fundamentales como estado anterior y posterior, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, edad de inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, última relación sexual consentida, tipo de penetración (vaginal o anal, pasiva o activa) y posibles cambios de conducta. Esta información, además de orientar la valoración clínica, aporta insumos objetivos para los análisis victimológicos interdisciplinarios y fortalece la fundamentación médico-legal de los dictámenes.
2. Incorporar el registro de estas variables en el Sistema de Información Médico Legal (SIMEL), de manera que estén disponibles al momento de atender delitos sexuales en hombres, lo que favorecería la recolección completa y sistematizada de la información necesaria para el análisis médico-legal de estos casos.
3. Fortalecer la formación de todas las instancias judiciales involucradas (Ministerio Público, OIJ, Defensa Pública), incorporando contenidos sobre violencia sexual en hombres y promoviendo investigación aplicada.
4. Desarrollar mecanismos de recopilación, análisis y publicación de estadísticas oficiales sobre delitos sexuales en población masculina, que permitan dimensionar el problema y orientar políticas públicas y protocolos de atención.
5. Ampliar investigaciones a nivel nacional, más allá de la Sección Clínica Médico Forense, con el fin de contar con representatividad provincial y nacional y evaluar el acceso a los servicios médico-legales.
6. En síntesis, estas recomendaciones buscan fortalecer la práctica médico-legal y la respuesta institucional ante los delitos sexuales en hombres. Su aplicación contribuiría a mejorar la documentación en los dictámenes, la formación especializada y la producción de estadísticas, además de visibilizar a una población históricamente poco atendida dentro del sistema de justicia costarricense.

REFERENCIAS

- Acosta, M. J., & Durán, M. (2009). *La cultura de la violación: Representaciones mediáticas de la violencia sexual en la sociedad contemporánea*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Adams, J. (2011). Medical evaluation of suspected child sexual abuse: 2011 update. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*(5), 588–605.
- Adams, J., Kellogg, N., Farst, K., Harper, N., Palusci, V., et al. (2016). Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29*(2), 81-87.
- Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect, 86*, 22-32.
- Amer, T., Wilson, R., Chlosta, P., AlBueissi, S., Qazi, H., Frase, M, Aboumarzouk, O.M. (2016). Penile Fracture: A meta-analysis. *Urologia Internationalis, 96*, 315–329. <https://doi.org/10.1159/000444884>
- Anderson, C. L. (1981-1982). Males as sexual assault victims: Multiple levels of trauma. *Journal of Homosexuality, 7*(2-3), 145–162. https://doi.org/10.1300/J082v07n02_1
- Balmaceda, M. (2016). Determinación médico-legal de la capacidad eréctil. *Med. Leg. Costa Rica, 33*(2). <https://scielo.sa.cr/pdf/mlcr/33n2/2215-5287-mlcr-33-02-77.pdf>
- Barros, R., Shulze, L., Ornellas, A., Koifman, L., & Favorito, L. (2017). Relationship between sexual position and severity of penile fracture. *International Journal of Impotence Research, 29*(5), 207-209.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 58*, 469-483. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23178922/>
- Basile, A. (2001). *Fundamentos de Medicina Legal, Deontología y Bioética*. (4a ed.). Editorial El Ateneo.

- Basile, K. M., Breiding, M. J., & Smith, S. G. (2016). Disability and risk of recent sexual violence in the United States. *American Journal of Public Health, 106*(5), 928-933. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26890182/>
- Bauta, J., Carrasco, L., Bauta, J., & Pérez, A. (2022). Trauma anorrectal en el Hospital de Saubia, Arabia Saudita: 2017-2019. *CCM, 26*(3). <https://core.ac.uk/download/pdf/560946438.pdf>
- Berco, C. (2007). *Sexual hierarchies, public status, men, sodomy, and society in Spain's Golden Age*. University of Toronto Press.
- Berco, C. (2008). Producing Patriarchy: Male Sodomy and Gender in Early Spain. *Journal of the History of Sexuality, 17*(3), 351-376.
- Bolaños Vásquez, H. J. (2015). Regulación jurídico-penal de los delitos sexuales en El Salvador. Análisis desde una perspectiva de género. *Revista de la Universidad Francisco Gavidia, 15*(41), 1-20. <https://icti.ufg.edu.sv/doc/RyRN41-B.Vasquez.pdf>
- Bolaños, J., & Chaves, A. (2019). *Manual de procedimientos de actuación interinstitucional de equipos de respuesta rápida para la atención integral de personas víctimas de violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el delito*. CCSS-Poder Judicial.
- Bors, E., & Camarr, A. (1960). Neurological disturbances in sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injury. *Urological Survey, 10*, 191-222.
- Bosch, R., Benard, F., Aboseif, S., Stief, C., Lue, T., & Tanagho, E. (1991). Penile detumescence: characterization of the three phases. *Journal of Urology, 146*, 867-871.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina* [Masculine domination]. Editorial Anagrama.
- Brownmiller, S. (1975). *Against our will: Men, women, and rape*. Simon & Schuster.
- Budd, K., Rocque, M., Bierie, D. (2017). Deconstructing incidents of campus sexual assault: Comparing male and female victimizations. *Sexual Abuse, 31*(3), 296-317.
- Campbell, R. (2002). *Emotionally involved: The impact of researching rape*. New York, NY: Routledge.

- Cañadas, E. (2018). *Medicina Legal y Toxicología* (7.a ed.). Elsevier.
- Carrillo-Córdova, L., Calvo-Mena, D., Camilo-Martínez, E., Garduño-Segovia, N., Aguilar-Pérez, S., et al. (2018). Correlación entre medidas antropométricas y peneanas en la población mexicana. *Rev Mex Urol*, 78(4), 254-262.
- Castillo-Corrales, M., Gómez-Chaves, G., & Flores, G. (2022). Lesiones genitales asociadas a violación sexual. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 11(1), 1–7.
- Castro, D., & Dicherman, A. (n.d.). Sexología forense para médicos y abogados [Forensic sexology for doctors and lawyers].
- Chakrabarti, P. (2015). Rape and justice in India: Responses to sexual violence from the 1950s to the present. Cambridge University Press.
- Chantada, V., & Julve, E. (2010). Pruebas complementarias en el diagnóstico de la disfunción eréctil: ¿Cuáles y Cuándo? *Archivos Españoles de Urología*, 63(8), 687-692. <https://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n8/15.pdf>
- Chapelle, P., Durand, J., & Lacert, P. (1980). Penile erection following complete spinal cord injury in man. *British Journal of Urology*, 52, 216-219.
- China Law Yearbook. (2010). *The criminal law of the People's Republic of China (amended in 1997)*. China Law Press.
- Choudhary, E. (2009). *Male sexual violence: Victimization, definitions, epidemiological profile, and psychological impact*. (Tesis doctoral). West Virginia University.
- Clemens, S., Peace, K., & Yi, F. (2018). Rectal trauma: Evidence-based practices. *Clin Colon Rectal Surg.*, 31(1), 17–23.
- Código Penal. Ley No. 4573 de 1970. Reformado por la Ley No. 8250 del 02 de mayo del 2002. (Costa Rica). https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=5027

- Cohen, S., & Cob, E. (2019). Abuso sexual en el paciente pediátrico. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 36(1). <https://www.binasss.sa.cr/ojssalud/index.php/mlcr/article/view/111/91>
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. University of California Press.
- Consejería de Educación. Comunidad de Madrid. (1997). *Historia de la Violación: Su regulación jurídica hasta fines de la Edad Media*. Biblioteca Virtual. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM000716.pdf>
- Cotter, A. (2025). *Characteristics of police-reported crime in rural areas in the Canadian provinces*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2025001/article/00005-eng.htm>
- Courtois, F., Macdougall, J., & Sachs, B. (1993). Erectile mechanism in paraplegia. *Physiol. Behav.*, 53:721-726.
- Davies, M., & Rogers, P. (2006). Perceptions of male victims in depicted sexual assaults: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 11(4), 367-377. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.01.004>
- Dean, R., & Lue, T. (2005). Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. *Urol. Clin. North Am.*, 32, 379-395.
- Debowska, A., Boduszek, D., Sherretts, N., Willmott, D., & Jones, A. (2018). Profiles and behavioral consequences of child abuse among adolescent girls and boys in Barbados and Grenada. *Child Abuse & Neglect*, 79, 245-258.
- DeKeseredy, W. S., & Schwartz, M. D. (1993). Male peer support and woman abuse: An expansion of Dekeseredy's model. *Sociological Spectrum*, 13(4), 393-413. <https://doi.org/10.1080/02732173.1993.9982041>
- Domènech, E., Gonzalo, C., & Méndez, M. (2023). Infección Urinaria. *Protoc diagn ter pediatr*, 2, 259-269. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_infeccion_urinaria.pdf

- Drake, R., Vogl, A., & Mitchell, A. (2018). *Gray's basic anatomy* (2nd ed.). Elsevier.
- Dutton, D. G. (2007). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships* (2nd ed.). Guilford Press.
- Dworkin, A. (1981). *Pornography: Men possessing women*. G. P. Putnam's Sons.
- Dworkin, E., Krahé, B., & Zinzow, H. (2021). The global prevalence of sexual assault: A systematic review of international research since 2000. *Psychology of Violence, 11*(5), 497-508 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34737898/>
- Dworkin, E., Menon, S., Bystrynski, J., & Allen, N. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 56*, 65–81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28689071/>
- Easton, S., Saltzman, L., & Willis, D. (2014). Would you tell under circumstances like that? Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. *Psychology of Men & Masculinities, 15*, 460-469. <https://psycnet.apa.org/record/2013-44728-001>
- Eke, N. (2002). Fracture of the Penis. *British Journal of Surgery, 89*, 555-565. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11972544/>
- Elder, D. (2007). Interpretation of anogenital findings in the living child: Implications for the paediatric forensic autopsy. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 14*(8), 482-488. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17961873/>
- Fernández, J. (2006). El imperio romano como sistema de dominación. *Polis Revista de Ideas y Formas Políticas de la Antigüedad Clásica, 18*, 75-114. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2557029>
- Fernández-López, C., & Morales-Angulo, C. (2017). Lesiones otorrinolaringológicas secundarias a sexo oral. Artículo de revisión. *Acta Otorrinolaringológica, 68*(3), 169-180. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001651916300528>

- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. Free Press.
https://www.academia.edu/8874169/Child_sexual_abuse_New_theory_and_research#los_wp-work-container
- Foucault, M. (1976). *The will to knowledge* [La voluntad de saber]. Siglo XXI Editores.
- Fraile, R. (2020). *Las agresiones sexuales en la historia: Un análisis comparativo*. ADAVAS. Madrid, España. <https://adavas.org/las-agresiones-sexuales-en-la-historia/>
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191.
- García Lirios, C. (2015). Especificación de un modelo del comportamiento delictivo. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(2), 200-215. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(15\)30021-1](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(15)30021-1)
- García-López, E. (2019). *Psicopatología de la violencia: Repercusiones forenses. Aspectos jurídicos y evaluación criminológica*. Editorial El Manual Moderno.
- González, J. (2018). *Manual de atención y valoración pericial en violencia sexual*. J.B. Bosch.
- González-Wilhelm, L. (2016). Wilston Johnson Sign and its importance in forensic sexological evaluation. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 20(1), 16-26.
- Granados-Loarca, E., Quezada-Ochoa, R., García, M., & Robles, C. (2005). Longitud y grosor del pene. *Revista Internacional de Andrología*, 3(3), 109-111.
- Grey, D., & Teixeira de Toledo, E. (2022). Histories of Sexual Violence in Nineteenth and Twentieth Century Latin America: An Introduction. *Historia Crítica*. <https://revistas.uniandes.edu.com/index.php/hiscrit/article/view/4647/4143>
- Habous, M., Tealab, A., Williamson, B., Binsaleh, S., & Dawy, S. (2015). Erect penile dimensions in cohort of 778 Middle Eastern men: establishment of a nomogram. *Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1402-1406. doi: 10.1111/jsm.12894

- Hagemann, C., Nordbø, S., Myhre, A., Omstad, K., & Schei, B. (2014). Sexually transmitted infections among women attending a Norwegian Sexual Assault Centre. *Sexually Transmitted Infections*, *90*, 283–289.
- Hao, H. (2017). Sexual violence against men in Chinese prisons: Legal and cultural barriers. *Journal of Chinese Law*, *25*(2), 213-229.
- Hensley, C., Kocheski, M., & Tewksbury, R. (2005). Examining the characteristics of male sexual assault targets in a Southern maximum-security prison. *Journal of Interpersonal Violence*, *20*, 667-679.
- Heppenstall-Heger, A., McConnell, G., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., et al. (2003). Healing patterns in anogenital injuries: A longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*, *112*(4), 829-837.
- Heppenstall, D., Reece, M., Schick, V., & Sanders, S. (2014). Erect penile length and circumference dimensions of 1.661 sexually active men in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*(1), 93-101. <https://doi.org/10.1111/jsm.12244>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.
- Hernández, L., Valadolid, A., Benítez, O., Díez, C. (2018). Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Infectious Diseases and Clinical Microbiology]*. Elsevier. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.11.004>
- Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navaratil, F., & Dettmeyer, R. (2014). Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch. Konzepte, aktuelle Datenlage und Evidenz. *Deutsches Ärzteblatt International*, *111*(40), 679-683.
- Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschack, S., & Thyen, U. (2008). *Kindesmisshandlung [Child abuse]*.

- Hlavka, H. R. (2016). Speaking of stigma and the silence of shame: Young men and sexual victimization. *Men and Masculinities*, 20(4), 482-505. <https://doi.org/10.1177/1097184X16652656>
- Hodge, S., & Canter, D. (1998). Victims and perpetrators of male sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(2), 222-239.
- Hudspith, L., Wager, N., Willmott, D., & Gallagher, B. (2023). Forty years of rape myth acceptance interventions: A systematic review of what works in naturalistic institutional settings and how this can be applied to educational guidance of jurors. *Trauma Violence Abuse*, 24, 981-1000.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2012). Indicadores de género y salud. https://inec.cr/wwwisis/documentos/INEC/Indicadores_Genero_Salud/Indicadores_Genero_Salud_CR_2012.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). *Encuesta Nacional de Victimización y percepción sobre seguridad pública (ENVIPE) 2024* [National Survey of Victimization and Perception of Public Safety (ENVIPE) 2024]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENVIPE/ENVIPE_24.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). *Delitos sexuales según sexo*. <https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=28750>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2011). *Las brechas de género*. https://inec.cr/wwwisis/documentos/INAMU/Las_brechas_genero_Costa_Rica.pdf
- J., Arango, J., & Mullet, E. (2016). Tratamiento de urgencia para trauma anal [Emergency treatment for anal trauma]. *Rev. Cubana Cir.*, 55(4), 334-339. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000400008&lng=es
- Jauréguy, F., Chariot, P., Vessières, A., & Picard, B. (2016). Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections detected by real-time PCR among

- individuals reporting sexual assaults in the Paris, France Area. *Forensic Sci Int* 266, 130-133.
- Jenny, C., & Crawford-Jakubiak, J. (2013). The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*, 132(2), 558-567.
- Jiang, D. (2016). Legal reforms and the protection of sexual violence victims in China. *Asian Journal of Comparative Law*, 11(1): 65-85.
- Karmen, A. (2013). *Crime victims: An introduction to victimology* (9th ed.). Cengage Learning.
- Kaufman, M. (1993). The construction of masculinity and the triad of men's violence. In M. S. Kimmel (Ed.), *The politics of manhood: Profeminist men respond to the mythopoetic men's movement* (pp. 1-22). Temple University Press.
- Kaufman, M. (1994). Men, feminism, and men's contradictory experiences of power. *Theorizing masculinities*. Sage Publications. (Add location of Sage Publications, e.g., Thousand Oaks, CA).
- Kimerling, R., Rellini, A., Kelly, V., Judson, P., & Learman, L. (2002). Gender differences in victim and crime characteristics of sexual assaults. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(5), 526-533.
- Kimmel, M. A., & Messner, M. A. (Eds.). (2001). *Men's lives*. Allyn & Bacon. (Assuming 2001 is the publication year, as it's a common edition).
- Kimmel, M. S. (2008). *Guyland: The perilous world where boys become men*. Harper Collins.
- King, M. (2000). Chapter one: The prevalence and characteristics of male sexual assault. In G. Mezey, & A. Coxell, & M. King (Eds.), *Male victims of sexual assault* (pp. 1-16). Oxford Academic.
- Krug, E. (2015). Violence can affect anyone [La violencia puede afectar a cualquiera]. World Health Organization. <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/violence-prevention/es>

- Kvitko, L. (1998). *La violación. Peritación médico-legal en las presuntas víctimas del delito* (2nd ed.). Editorial Trillas.
- Lahoti, S., McClain, N., Girardet, R., McNeese, M., & Cheung, K. (2001). Evaluating the child for sexual abuse. *Am Fam Physician*, *63*(5), 883-892.
- Larsen, M. L., & Hilden, M. (2016). Male victims of sexual assault: 10 years experience from a Danish Assault Center. *J Forensic Leg Med*, *43*, 8-11.
- Leemis, R., Friar, N., Khatiwawada, S., Chen, M., Kresnow, M., et al. (2022). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2016/2017 Report of Intimate Partner Violence*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA. <https://www.cdc.gov/nisvs/documentation/nisvsReportonSexualViolence.pdf>
- Lencioni, L. (2005). *Sexología y toxoginecología médico lega* (1st ed.). Editorial CORPUS.
- Levine, E., Martínez, O., Mattera, B., Wu, E., Arreola, S., et al. (2017). Child sexual abuse and adult mental health, sexual risk behaviors, and drinking patterns among Latino men who have sex with men. *Journal of Child Sexual Abuse*, *27*(3), 237-253.
- Lindberg, L., Maddow-Zimmet, U., & Marcell, A. (2019). Prevalence of sexual initiation before age 13 years among male adolescents and young adults in the United States. *JAMA Pediatr*, *173*(6), 553-560.
- Littleton, H., & DiLillo, D. (2021). Global perspectives on sexual violence: Understanding the experiences of marginalized populations and elucidating the role of sociocultural factors in sexual violence. *Psychology of Violence*, *11*(5), 429–433. <https://doi.org/10.1037/vio0000397>
- Lue, T., & Tanagho, E. (1987). Physiology of erection and pharmacological management of impotence. *The Journal of Urology*, *137*(5), 829–836.

- Lynch, K., & Logan, T. (2022). Rural and urban/suburban victim professionals' perceptions of gender-based violence, victim challenges, and safety advice during COVID-19 pandemic. *Violence Against Women*, 29(5), 1060–1084. <https://doi.org/10.1177/10778012221099987>
- MacKinnon, C. A. (1989). *Toward a feminist theory of the state*. Harvard University Press.
- Madrigal, E., & Roldán, J. (2007). La historia médico legal en casos de delitos sexuales en niños: Un enfoque médico forense. *Medicina Legal de Costa Rica*, 24(2), 47-66.
- Martínez Hincapié, W. A. (2022). Aproximación a la historia de la sexualidad en el mundo occidental desde la modernidad. *Revista de Estudios Sociales*, 38, 123-145. <https://doi.org/10.18041/0124-0102/a.38.9754>
- Martínez, E. (2000). Victoria, historia de la violación. Su regulación jurídica hasta fines de la Edad Media. *Revista de Estudios Histórico-Jurídicos*, 22, 645-649. <https://doi.org/10.4067/S0716-54552000002200068>
- Martínez-Salamanca, J., Martínez-Ballesteros, L., Portillo, S., Moncada, I., & Carballido, J. (2010). Fisiología de la erección. *Archivos Españoles de Urología*, 63(8), 581-588.
- McCann, J. (1998). The appearance of acute, healing, and healed anogenital trauma. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 605-615.
- McLean, I. (2013). The male victim of sexual assault. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 39-46.
- McLean, I. A., Balding, V., & White, C. (2005). Further aspects of male-on-male rape and sexual assault in greater Manchester. *Medicine, Science and the Law*, 45(3), 225-232.
- Mejía-Rodríguez, U., Bolaños-Cardozo, J. Y., & Mejía-Rodríguez, A. (2015). Delitos contra la libertad sexual. *Acta Médica Peruana*, 32(3), 169–172. https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000300007
- Mery, L. (n.d.). Las prácticas de sodomía en la España de la Edad Moderna: Una grave afrenta a Dios y a la sociedad.

https://www.researchgate.net/publication/356905795_Practice_of_Sodomy_in_Early_Modern_Spain-Spanish_Version

- Meyer, R. A., McGowan, K. D., & Tzeng, J. (2013). Sexual assault in prisons: An overview of prevalence, implications, and interventions. *Journal of Criminal Justice, 41*(4), 233-239.
- Miller, A. (2002). Las demandas por derechos sexuales. In *III Seminario Regional Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos, Cladem, Lima*, 121-140.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). *Violencia intrafamiliar en menores de 18 años Costa Rica 2014*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2657-violencia-intrafamiliar-en-menores-de-18-anos-costa-rica-2014/file>
- Mirzazadeh, M., Fallahkarkan, M., & Hosseini, J. (2017). Penile fracture epidemiology, diagnosis and management in Iran: a narrative review. *Translational Andrology and Urology, 6*(1), 158-166.
- Mitra, M., Mouradian, V., Fox, M., & Pratt, C. (2015). Prevalence and characteristics of sexual violence against men with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine, 50*(3), 311–317. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.030>
- Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. (2017). *Clinically oriented anatomy* (8th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- National Institute of Statistics and Geography (INEGI). (2023). *Estadísticas a propósito del día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (25 de noviembre)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_VCM_23.pdf
- National Sexual Violence Resource Center. (2018). *Comprensión de la socialización masculina, el estigma y las reacciones a la violencia sexual*. <https://www.nsvrc.org/es/working-male-survivors-sexual-violence/Understanding>

- Navarro, P. (1999). Valoración de la región anal en el delito sexual de la Medicina Forense Clínica. [Trabajo Final de Graduación para la especialidad de Medicina Legal] Universidad de Costa Rica.
- Navarro, P. (2001). Valoración de la región anal en el delito sexual en la medicina forense clínica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 18(2), 68-77. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000300010
- Nichols, R. (2022). The status of women in Neolithic and pre-Imperial China: How bioarchaeological evidence informs ongoing debate. *World Archaeology*, 53(5), 1-14. <https://doi.org/10.1080/00438243.2021.2021108>
- O'Brien, J. (2009). Male rape: The overlooked aspect of sexual violence. *International Journal of Men's Health*, 8(1), 70-87.
- Obgetere F., Ootobo, O. (2021) Penile fracture in Southern Nigeria: A 10-year review in two tertiary referral centers. *Niger J Med*. 30:134-138.
- Observatorio de Violencia de Género contra las Mujeres y Acceso a la Justicia. (2022). *Delitos sexuales*. <https://observatoriodegenero.poder-judicial.go.cr/index.php/soy-especialista-y-busco/estadisticas/delitos-sexuales>
- Office of National Statistics. (2021). *Sexual offences in England and Wales overview*. Retrieved from <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/bulletins/sexualoffencesinenglandandwalesoverview/march2022>
- Oliván, G., & Carlos, A. (2021). Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 23(89), 15-23. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322021000100002
- Olshaker, J., Jackson, M., & Smock, W. (2007). *Forensic emergency medicine* (2nd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen* https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Violencia*. <https://www.who.int/topics/violence/es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *10 datos sobre la prevención de la violencia*. <https://www.who.int/features/factfiles/violence/es/>
- Paick, J., & Lee, S. (1994). The neural mechanism of apomorphine-induced erection: An experimental study by comparison with electrostimulation-induced erection in the rat model. *Journal of Urology*, *152*, 2125-2128.
- Palafox Menegazzi, A. (2018). *Biología y género en la etiología de la violencia sexual. Reflexiones desde la historia de la Escuela de Antropología Criminal Italiana (1876-1903)*. Instituto de Estudios Sociales y Humanísticos, Universidad Autónoma de Chile. <https://www.researchgate.net/publication/334307696>
- Peitzmeier, S., Hughto, J., Potter, J., Deutsch, M., & Reisner, S. (2019). Development of a novel tool to assess intimate partner violence against transgender individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, *34*(11), 2376-2397.
- Peláez, J. (2010). El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *36*(1), 109-123. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000100013&lng=es&tlng=es

- Pinilla, R., Morales, J., & Gutiérrez, F. (2018). Sutura primaria en lesiones traumáticas de colon y recto. *Revista Cubana de Cirugía*, 55(2).
- Platt, L., Powers, L., Leotti, S., Hughes, R., Robinson-Whelen, S., et al. (2017). The role of gender in violence experienced by adults with developmental disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(1), 101-129.
- Pomeroy, S. (1994). *Goddesses, Whores, Wives, and Slaves: Women in Classical Antiquity*. Schocken Books.
- Ponchietti, R., Mondaini, N., Bonafè, M., Loro, F., Biscioni, S., & Masieri, L. (2001). Penile length and circumference: a study on 3.300 young Italian males. *European Urology*, 39(2), 183-186.
- Pró, E. (2012). *Anatomía Clínica* (1.a ed.). Ed. Médica Panamericana.
- Procuraduría General de la Nación. Ministerio Público de Panamá. (n.d.). *Delito Sexual*. <https://ministeriopublico.gob.pa/estadisticas-judiciales/delito-sexual/>
- Promodu, K., Shanmughadas, K., Bhat, S., & Nair, K. (2007). Penile length and circumference: An Indian study. *International Journal of Impotence Research*, 19(6), 558-563. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901569>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23a ed.).
- Rodríguez-Almada, H. (2010). Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(1-2), 99-108.
- Rojas, F. (2019). *Guía de Buenas Prácticas en la Recolección de Indicios con Fluidos Biológicos*. Organismos de Investigación Judicial.
- Rosay, A. (2016). *Violence against American Indian and Alaska Native women and men: 2010 findings from the National Intimate Partner and Sexual Violence Survey*. National Criminal Justice Reference Service. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ij/249726.pdf>

- Saéz, G. (2015). Aproximación histórica a los abusos sexuales a menores. *EGUZKILORE*, 29, 137-170.
- Sagarin, E. (1976). Prison homosexuality and its effect on post-prison sexual behavior. *Psychiatry*, 36, 245-257.
- Salame Ortiz, M. A., Pérez Mayorga, B. C., & San Lucas Solórzano, M. F. (2020). La víctima en los delitos contra la integridad sexual. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(3).
- Salt, E., Erickson, I., Wiggins, A., Borders, T., Curtsinger, C., et al. (2023). *Comparing the demographic characteristics of victims of sexual assault in rural versus urban areas. Journal of Forensic Nursing*, 20(3), E34–E42. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000467>
- Schaaf, K. K., & McCanne, T. R. (1998). Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1119–1133.
- Scoglio, A., Kraus, S., & Molnar, B. (2021). Systematic review of risk and protective factors for revictimization after child sexual abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 3-21. <https://doi.org/10.1177/1524838018823274>
- Scott-Storey, K., O'Donnell, S., Ford-Gilboe, M., Varcoe, C., Wathen, N., Malcolm, J., & Vincent, C. (2023). What about the men? A critical review of men's experiences of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 858-872. <https://doi.org/10.1177/15248380211043827>
- Seelinger, K. T., & Wood, E. J. (2021). La violencia sexual como práctica de guerra: implicaciones para la investigación y enjuiciamiento de crímenes atroces. *Revista de Estudios Socio-Jurídicos*, 23(1), 1-41.
- Sex offenses reported via NIBRS in 2013*. (2015). U.S. Department of Justice, Federal Bureau of Investigation. <https://ucr.fbi.gov/nibrs-sex-offenses-study-2013>
- Simić, O. (2018). *Silenced victims of wartime sexual violence*. Routledge.

- Smit, W., & Metcalfe, M. (2005). Approach to evaluation of sexual assault in children. Experience of a secondary-level regional pediatric sexual assault clinic. *Canadian Family Physician, 51*, 1347-1351.
- Smith, S., Khaiwada, S., Richardson, L., Basile, K., Friar, N., et al. (2023). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2016/2017 State Report*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
- Smith, W., Metcalfe, M., Cormode, E., & Holder, N. (2005). Approach to evaluation of sexual assault in children. Experience of a secondary level regional pediatric sexual assault clinic. *Canadian Family Physician, 51*, 1347-1351.
- Solehati, T., Pramukti, T., Hermayanti, Y., Kosasih, C., & Mediani, H. (2021). Abuse in Asia: A systematic review of prevalence, impact, age of first exposure, perpetrators, and place of offence. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 9*, 57-68.
- Sossa Rojas, A. (2011). Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, 10*(28), 559-581.
- Stark, M. (2005). *Clinical forensic medicine: A physician's guide* (2nd ed.). Humana Press.
- Statista Research Department. (2024, January 29). *Number of reported cases of sexual offenses in Sweden from 2013 to 2023, by type*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1177271/number-of-reported-cases-of-sexual-offence-in-sweden-by-type/>
- Stermac, L., De Luca, R., & D'Auria, J. (2010). The impact of sexual assault on men: A psychological perspective. *Journal of Interpersonal Violence, 25*(9), 1605-1624. <https://doi.org/10.1177/0886260510373039>
- Suárez, M., & González, F. (2003). Importancia de la exploración médico forense en las agresiones sexuales a menores. *Cuadernos de Medicina Forense, 31*, 37-45.
- Sultan, A., Thakar, R., & Fenner, D. (2007). *Perineal and anal sphincter trauma. Diagnosis and clinical management* (1.^a ed.). Springer.

- Tang, Y., Rampin, O., Calas, A., Facchinetti, P., & Giuliano, F. (1998). Oxytocinergic and serotonergic innervation of identified lumbosacral nuclei controlling penile erection in the male rat. *Neuroscience*, 82(1), 241-254.
- Tanzeela, G., Shahzad, N., Edhi, A., Shaikh, F., & Zafar, H. (2018). Fifteen years experience of managing penetrating extra-peritoneal rectal injuries. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 1(4), 1-4.
- Teke, A. (2001). *Medicina legal* (2nd ed.). Editorial Mediterráneo.
- Tewksbury, R. (2007). Male victims of sexual violence: Identifying the social consequences. *Social Problems*, 54(1), 28-43.
- Thomas, J. C., & Kopel, J. (2023). Male victims of sexual assault: A review of the literature. *Behavioral Sciences*, 13(4), 304. <https://doi.org/10.3390/bs13040304>
- Torres, J. (2018). Traumas anorrectales. Protocolo de actuación. *Cirugía Andaluza*, 29(4), 462-466.
https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2018/Cir_Andal_vol29_n4_05.pdf
- Tran, A., Lin, L., Nehl, E., Talley, C., Dungle, K., & Wong, F. (2014). Prevalence of substance use and intimate partner violence in a sample of A/PI MSM. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(11), 2054-2067.
- Trejos, M. (2014). *Propuesta de protocolo de abordaje de mujeres víctimas de delitos sexuales que son atendidas en la sección clínica médica forense y en las unidades médico legales del Departamento de Medicina Legal de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial Poder Judicial-Costa Rica*. Universidad de Costa Rica.
- Ukpong, A., Akaiso, O., & Udoh, E. (2023). Penile fracture: Abuse of erect penis, concomitant urethral injuries and outcome of surgical management-A case series. *WJ Biomed Res*, 10(2), 11-18.
- Ullman, S. E. (2010). *Talking about sexual assault: Society's response to survivors* (2nd ed.). American Psychological Association.

- Universitat Oberta de Catalunya (UOC). (2020). *Abuso sexual entre hombres: un fenómeno estigmatizado en América Latina*. <https://www.uoc.edu/es/news/2020/465-abuso-hombres-estigmatizado-america-latina>
- Uribe, P. (2020). Masculinidades alternativas: Varones que se narran al margen del modelo hegemónico y generan cambios a través de la educación. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 14(2), 115-129.
- Vargas, E. (2008). *Sexología forense* (1.ª ed.). Editorial Trillas.
- Vargas, E. (2010). *Medicina legal* (4.ª ed.). Editorial Trillas.
- Vázquez Jiménez, L. (2015). La mujer y la sexualidad en la Edad Media y el Renacimiento. *Cuadernos del CEMyR*, 23, 137-154. https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/4204/CC_23_%282015%29_08.pdf?sequence=1
- Vega, F. (2013). Fundamentos de anatomía genital y estudio del dictamen médico legal para la correcta comprensión de pericias forenses en delitos sexuales. *Revista Digital de la Maestría en Ciencias Penales*, 5, 705-738.
- Verma, L., Kumar, S., & Vinod, G. (2020). Socio-demographic profile of victims of sexual assault: A one year study at MBS hospital associated with government medical college, Kota (Rajasthan). *IP International Journal of Forensic Medicine and Toxicological Sciences*, 5(2), 70-73.
- Villanueva, R. (2006). Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. *Revista Instituto Interamericano de Derechos Humanos*, 43, 391-450.
- Villaseñor-Farías, M., & Castañeda-Torres, J. (Year). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45(1).
- Villegas, O., Villegas, J., & Villegas, V. (2010). Examen perineoanorrectal y tacto rectal. *Archivos de Medicina (Col)*, 10(1), 63-71.

- Voith, L., Anderson, R., & Cahill, S. (2020). Extending the ACEs framework: Examining the relations between childhood abuse and later victimization and perpetration with college men. *Journal of Interpersonal Violence, 35*(17-18), 3487-3512.
- Von Henting, H. (1948). *The victim and his criminal*. University of Pennsylvania Press.
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. Harper & Row.
- Walsh, K., Koenen, K., Aiello, A., Uddin, M., & Galea, S. (2014). Prevalence of sexual violence and posttraumatic stress disorder in an urban African-American population. *Journal of Urban Health, 91*(6), 1307-1310.
- Weaver, T. (2009). Impact of rape on female sexuality: Review of selected literature. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 52*(4), 702–711.
- Wegner, R., & Davis, K. (2020). How men's sexual assault victimization experiences differ based on their sexual history. *Journal of Interpersonal Violence, 35*(13-14), 2624-2633.
- Wells, D. (2006). Sexual assault practice: Myths and mistakes. *Journal of Clinical Forensic Medicine, 13*(4), 189-193.
- Wespes, E. (2002). Fisiología de la erección. *EMC-Urologia, 34*(1), 1-4.
- World Health Organization. (1999). *Report of consultation on child abuse and neglect prevention, 29-31 March*. <https://iris.who.int/handle/10665/65900>
- World Population Review. (2025). Rape statistics by country 2025. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/rape-statistics-by-country>
- Zahran, M. (2017). Legal responses to sexual violence in Egypt: An analysis of the penal code. *Journal of Middle Eastern Women's Studies, 13*(2), 123-140.
- Zerjal, T., Xue, Y., Bertorelle, G., Wells, S., Bao, W., Zhu, S., et al. (2003). The genetic legacy of the Mongols. *Am J Hum Genet, 75*, 717-721.
- Zimmer, G. (2006). *Exam preparation forensic medicine* (1.^a ed.). Thieme.