

“VIOLACIÓN REAL”: SESGOS DE EXPECTATIVA Y LESIONOLOGÍA MÉDICO LEGAL “REAL RAPE”: EXPECTATION BIAS AND MEDICO-LEGAL LESIONOLOGY

Rey J.I.
Especialista en Medicina Legal.
Cuerpo Médico Forense.
Neuquén.
Argentina.

Correspondencia: javierignaciorey@gmail.com

Resumen: La interpretación de la violencia sexual suele estar condicionada por el estereotipo de la “violación real”, que supone agresión violenta, lesiones visibles y denuncia inmediata, lo que influye en la valoración de la prueba y favorece la culpabilización de la víctima. Una revisión narrativa de literatura interdisciplinaria muestra que los mitos de la violación y diversos sesgos cognitivos afectan la credibilidad de las víctimas y las decisiones institucionales. La evidencia médico-forense indica que la ausencia de lesiones genitales es frecuente en agresiones sexuales y que dichas lesiones también pueden presentarse en relaciones consensuadas, sin existir un patrón lesional específico que permita distinguir entre ambas. Por ello, los hallazgos físicos deben interpretarse dentro de un contexto clínico, social y jurídico amplio, evitando utilizarlos como criterio determinante de consentimiento o credibilidad.

Palabras clave: violencia sexual; mitos de la violación; sesgos cognitivos; medicina forense; lesiones genitales; acceso a la justicia.

Abstract: The interpretation of sexual violence is often influenced by the stereotype of the “real rape,” understood as a violent assault by a stranger, with visible injuries and immediate reporting. This cultural and legal model affects the evaluation of evidence and may contribute to victim blaming. A narrative review of interdisciplinary literature shows that rape myths and cognitive biases influence the credibility attributed to victims and institutional decision-making. Forensic medical evidence indicates that the absence of genital injuries is common in sexual assaults and that such injuries may also occur in consensual intercourse, with no specific injury pattern reliably distinguishing consensual from non-consensual penetration. Therefore, physical findings should be interpreted within a broader clinical, social, and legal context, avoiding their use as a determining criterion of consent or credibility.

Keywords: sexual violence; rape myths; cognitive bias; forensic medicine; genital injuries; access to justice..

INTRODUCCIÓN:

Para comprender la complejidad de la violencia sexual y las barreras en el acceso a la justicia, es fundamental definir un marco teórico que operan de manera interconectada. Definir estos conceptos no es solo un ejercicio académico, sino una necesidad para identificar los sesgos cognitivos que permean el sistema legal y la sociedad en su conjunto. Estas relaciones se articulan a través de la internalización de roles de género, la necesidad de percibir el entorno como seguro y la creación de estándares irreales sobre lo que constituye una agresión legítima.

La víctima de violación "real" estereotípicamente es una mujer no intoxicada que fue violada repentina y violentamente por un extraño en un lugar público desierto, sufrió lesiones físicas obvias y aparente angustia emocional, e inmediatamente denunció el delito a la policía, proporcionando evidencia clara del ataque y de su resistencia activa al mismo. Así, por ejemplo, las víctimas de violación por parte de un conocido son vistas más negativamente que las víctimas de violación por parte de un extraño. Por ejemplo, las violaciones entre conocidos, o las violaciones perpetradas por alguien conocido de la víctima, representan entre el 80 % y el 90 % de las agresiones sexuales denunciadas contra mujeres universitarias (1)

La Teoría del mundo justo propone que los individuos tienen una necesidad motivacional de creer que el mundo es un lugar justo, ordenado y predecible, donde los acontecimientos tienen una causa explicable. Bajo esta premisa, se sostiene la creencia de que "las personas reciben lo que merecen y merecen lo que reciben", lo cual permite

al observador mantener un sentimiento de control y eficacia sobre su propio entorno (2,3).

Cuando se atribuye responsabilidad o culpa a la persona que ha sufrido un daño, en lugar de responsabilizar exclusivamente al perpetrado (4), se conoce como **culpabilización de la víctima (Victim Blaming)**. Este fenómeno desplaza el foco de atención desde las acciones del agresor hacia la conducta, la apariencia, las decisiones o el carácter de la víctima (5). Ejemplos de ello se relacionan con los mitos de la violación, que se desarrollarán más adelante en el texto, tales como el consumo de alcohol por parte de la víctima, el uso de ropa considerada “provocativa” o el hecho de que la víctima conociera previamente al agresor (6,7). Este tipo de atribuciones puede tener como consecuencia que la víctima experimente vergüenza, baja autoestima y renuencia a denunciar el hecho (7,8).

La victimización sexual, de acuerdo con el estudio de Ratner et al. (9), no constituye únicamente un evento traumático del pasado, sino un factor de riesgo significativo y persistente para diversos desenlaces adversos en la salud mental de las personas sobrevivientes, incluyendo el abuso de alcohol (2,7 veces más probable), la ideación suicida (3,4 veces más probable), el intento de suicidio (3,2 veces más probable) y los trastornos del estado del ánimo (2,8 veces más probables).

La **victimización secundaria, o revictimización**, se refiere al daño adicional que sufren las víctimas como consecuencia de respuestas insensibles o inadecuadas por parte de la sociedad y de las instituciones encargadas de brindar apoyo (10,11). Este fenómeno puede manifestarse, por ejemplo, durante los procedimientos legales, cuando el personal de apoyo —como policías, fiscales o jueces— expresa escepticismo, desconfianza o actitudes de culpabilización hacia la víctima (7,11) mediante cuestionamientos de su credibilidad o la minimización de la gravedad del hecho (12). Estas experiencias pueden generar aislamiento, humillación y un aumento de la angustia psicológica (5,11), y además desalientan la denuncia de hechos futuros, ya que las víctimas aprenden a desconfiar del sistema (11).

La hipótesis de **atribución de culpa** depende de la similitud percibida entre el observador y la víctima, así como de la vulnerabilidad que el propio observador percibe en sí mismo (10). Actúa como un mecanismo de defensa: cuando el observador percibe similitud con la víctima, tiende a culparla en menor medida para no sentirse vulnerable a sufrir un destino similar (13). Por el contrario, puede distanciarse de la víctima atribuyéndole características específicas que él mismo no posee, reforzando así la idea de que se encuentra a salvo de experimentar una situación semejante (6,10).

Los mitos están tan interiorizados que las propias víctimas a menudo no reconocen sus experiencias como violación si estas no se ajustan al estereotipo de un ataque violento por un extraño, lo que les impide buscar ayuda o justicia, se lo conoce como **Injusticia hermenéutica** (14).

En resumen, los estereotipos de género definen las expectativas de comportamiento; la teoría del mundo justo genera la necesidad de culpar a quien sufre para mantener la sensación de control; los mitos de la violación proporcionan las excusas específicas para realizar esa culpabilización; y el estándar de la víctima "real" es la herramienta práctica que permite desestimar cualquier caso que se aleje del prejuicio cultural.

MITOS DE LA VIOLACIÓN

Los mitos de la violación son definidos como **creencias prejuiciosas, estereotipadas o falsas sobre la violación, las víctimas y los agresores**. Estas actitudes son generalmente erróneas, pero se mantienen de forma

persistente en la sociedad y sirven para negar, minimizar o justificar la agresión sexual masculina contra las mujeres (2,15). Funcionan como esquemas cognitivos que dictan cómo debería comportarse una "víctima real" y qué constituye una "violación real", influyendo en cómo se procesa, interpreta y organiza la información sobre un caso (15,16).

Duff y Tostevin (3) sostienen que la **aceptación de estos mitos** tiende a aumentar, cuando una persona tiene visiones arraigadas y tradicionales o estereotipadas de los roles de género; por ejemplo, la noción de que las mujeres deben asumir la responsabilidad de cuidar a la familia en términos de crianza, cocina, limpieza, etc. Se ha sugerido que la violación puede verse como una extensión de los roles estereotipados considerados apropiados para hombres y mujeres dentro del Análisis de Socialización de Roles Sexuales de la violación donde los procesos cognitivos subyacentes a las percepciones de un observador sobre la violación vinculan los rasgos masculinos con la necesidad y el derecho al sexo y los rasgos femeninos con la necesidad de abstenerse de participar libremente en la sexualidad.

Múltiples meta-análisis y estudios confirman que los hombres demuestran una mayor aceptación de los mitos de la violación y atribuyen mayor culpabilidad a las víctimas que las mujeres (2, 17,18).

En conjunto, la aceptación de mitos sobre la violación contribuye a la victimización secundaria, dificulta el acceso a la justicia y perpetúa una cultura que normaliza y tolera la violencia sexual. A continuación, se detallan los ejemplos y categorías de mitos referidos en los textos:

1. Mitos que culpan a la víctima

Estos mitos desplazan la responsabilidad del agresor hacia el comportamiento de la víctima. Según Dinos (16) Los mitos sobre la violación reflejan en parte actitudes sociales o culturales y, como tal, los investigadores han encontrado variaciones en la prevalencia de los mitos sobre la violación entre diferentes países.

En general, la prevalencia de actitudes negativas hacia las víctimas de violación varía del 18,3 % (Reino Unido) al 29,5 % (Canadá) entre los países occidentales y del 32,9 % (Hong Kong) al 51,5 % (Malasia) en los países orientales. En una sociedad donde las visiones estereotipadas de los hombres son que son dominantes, poderosos y agresivos, mientras que las mujeres son débiles, frágiles y pasivas (véase Bem, 1981), la culpabilización de la víctima y las evaluaciones positivas de la violación son más probables cuando las mujeres han ido en contra del ideal "estereotipado" de su género al comportarse de una manera que atraerá naturalmente a un hombre sexualmente activo (3)

Atuendo provocativo: La creencia de que las mujeres que visten ropa ajustada o corta "están invitando" a ser violadas (14, 16), en una encuesta el 29.2% de los encuestados estuvo de acuerdo con esta afirmación (16).

Consumo de alcohol: Se juzga a las víctimas intoxicadas como responsables de su propia victimización por "ponerse en peligro", mientras que la embriaguez del agresor suele usarse como una excusa atenuante (2, 15). Estudios experimentales muestran que la sociedad juzga con mayor severidad a las víctimas intoxicadas, viéndolas como menos creíbles (2, 15). Por el contrario, la intoxicación del agresor a menudo se utiliza socialmente como una excusa atenuante o factor de "clemencia" (2).

Estudios (19) con poco participantes demuestran diferencias significativas de lesiones entre personas no intoxicadas (53%) de intoxicadas (55%)

Comportamiento "coqueto": ▪ Si la víctima aceptó un trago, caminó sola de noche o coqueteó previamente, se interpreta que ella "lo buscó" (2,20).

Consentimiento implícito por relación previa: Se cree que en el matrimonio o en relaciones de pareja no puede existir la violación, o que el consentimiento dado una vez es permanente (14,21).

Un estudio en Los Ángeles demostró que la credibilidad percibida de la víctima, influenciada por comportamientos que el sistema considera "riesgosos" (como caminar sola de noche), afecta la decisión de procesar el caso incluso más que las pruebas físicas (20).

2. Mitos que dudan de la acusación

Acusaciones falsas: Existe la creencia generalizada de que las mujeres mienten sobre la violación por venganza, arrepentimiento o para ocultar un comportamiento "promiscuo", aunque las tasas reales de denuncias falsas son muy bajas (22). Una encuesta telefónica en Irlanda con 3,120 participantes reveló que el 40.2% de las personas cree que las acusaciones de violación suelen ser falsas, a pesar de que las investigaciones sitúan la tasa real de "denuncias falsas se sitúa entre el 8% (un caso registrado como una denuncia falsa por la policía) y el 2% (casos en los que una persona es detenida por una denuncia falsa) (16)"

Deseo oculto: El mito de que "las mujeres dicen no cuando quieren decir sí" o que, en el fondo, disfrutaban de la experiencia (2,15).

3. Mitos sobre víctimas masculinas

Los textos también identifican prejuicios específicos cuando el hombre es la víctima. Encuestas revelan que también existen mitos arraigados sobre los hombres, como la creencia de que "los hombres de verdad pueden defenderse" o que un hombre no puede ser violado por una mujer. Un estudio encontró que un tercio de los encuestados tendría dificultades para creer a un hombre que afirma haber sido violado por una mujer. A continuación el autores como Walfield (18) y Conner (22) ejemplifican como mitos:

Incapacidad de ser violado: ▪ La creencia de que un hombre no puede ser violado por una mujer o que "los hombres de verdad" siempre pueden defenderse físicamente. ▪ Según Ratnet (9) el 15% de los hombres reporto algún abuso sexual en menores de 14 años (15%), en la edad adulta (14%).

Sexualidad y excitación: El mito de que si el hombre tuvo una respuesta física (erección o eyaculación), significa que realmente quería el acto o lo disfrutó.

Homosexualidad: La idea de que solo los hombres gay son víctimas o perpetradores de violación masculina, o que ser violado por otro hombre convierte a la víctima en homosexual

4. Mitos sobre el agresor

El agresor como un "monstruo": Se cree que los violadores son personas con desviaciones mentales o extraños "otros", ignorando que a menudo son hombres aparentemente respetables y comunes (21).

Impulso sexual incontrolable: La idea de que la sexualidad masculina es una fuerza que, una vez encendida, no puede detenerse, justificando así la agresión si la víctima "provocó" al hombre (23).

5. Mitos relacionados al estereotipo de la "violación real"

Este es uno de los mitos más prevalentes y sugiere que una violación solo es "legítima" si cumple con características específicas. Un Meta-análisis concluye que la aceptación de mitos es un predictor fiable del veredicto final, ya que los jurados que creen en estos mitos son significativamente más propensos a absolver al acusado (2,16), como así también, las víctimas tienen menos probabilidades de cooperar con el sistema penal cuando el asalto es "inconsistente con el estereotipo de violación real" (20). En un estudio de juicios reales, se identificó que los abogados defensores utilizan los mitos para distanciar el caso del estereotipo de "violación real". Se enfocan sistemáticamente en la falta de resistencia física o el retraso en la denuncia para sugerir que no hubo delito (21).

Ataque por un extraño: Se cree que la violación ocurre principalmente en lugares públicos desiertos y es cometida por desconocidos, a pesar de que la mayoría de las agresiones son cometidas por conocidos o parejas (17,21). Mclean (24) encontró en una pequeña muestra de 500 víctimas de abuso sexual, la mayor cantidad de lesiones fueron encontradas cuando el victimario era una persona conocida (26%) en comparación con desconocidos (16%).

Uso de fuerza física extrema: El mito dicta que debe haber una violencia visible para que el acto se considere violación (14,15).

Resistencia activa: Se espera que la víctima luche, grite o presente heridas físicas y ropa desgarrada para demostrar que no dio su consentimiento (14,15). La **Teoría Polivagal**, desarrollada por **Stephen Porges**, explica que la parálisis ante el miedo extremo en situaciones como una violación no es una elección consciente, sino una respuesta biológica de supervivencia regulada por el sistema nervioso autónomo (SNA) generando una desconexión emocional y física de la realidad para mitigar el impacto del trauma, ayudando a los sobrevivientes a procesar la experiencia sin la carga adicional de la vergüenza o la culpa por no haber luchado (25,26,27)

Recuerdos inexactos: La evidencia científica muestra que, en contextos de trauma, predominan procesos automáticos no conscientes, lo que puede afectar la organización y precisión del recuerdo. Las inconsistencias periféricas y las dificultades mnésicas son fenómenos esperables y suelen ser erróneamente utilizadas como criterios de descrédito, "*Credibility is an opinion, not a fact.*" (28).

La Corte IDH, en el caso González y otras ("Campo Algodonero") vs. México (2009), señaló que: "*es esperable que se presenten recuerdos inexactos o inconsistencias luego de las declaraciones iniciales, y que esto no debe restar credibilidad a sus testimonios*" (29).

Denuncia inmediata: Se asume que una víctima "verdadera" informará a la policía de inmediato (21,23). Las observaciones indican que los oficiales de policía a menudo se muestran abiertamente escépticos si una víctima no reportó el incidente de inmediato o si no presenta lesiones físicas visibles, lo cual, ignora las realidades psicológicas del trauma, como la parálisis por miedo o la disociación (23). Este trato insensible genera una "victimización secundaria", donde la reacción de las autoridades provoca sentimientos de culpa y baja autoestima en la víctima (2,15).

^[1] [SEP] MITO MÉDICO LEGAL

LAS VÍCTIMAS PRESENTAN DE LESIONES GENITO ANALES.

En el contexto del presunto abuso sexual, los hallazgos del examen físico deben interpretarse considerando que no toda lesión genital es necesariamente de origen traumático. Existen diversos modificadores del examen físico

que pueden influir en la presencia o apariencia de lesiones, entre ellos factores intrínsecos (edad, embarazo, estado hormonal, antecedentes gineco-obstétricos y variaciones anatómicas normales), prácticas inadecuadas de higiene vulvar, afecciones médicas que pueden simular lesiones traumáticas (dermatosis, infecciones, vaginitis atrófica, entre otras) y factores extrínsecos vinculados al contexto del contacto sexual, como el uso de preservativos o lubricantes y la duración del acto sexual (30). En consecuencia, ni la presencia ni la ausencia de lesiones permite, por sí sola, afirmar o descartar la existencia de abuso sexual.

Como primera premisa, tal como se viene sosteniendo, resulta imperioso desmitificar la presencia de hallazgos físicos en los casos de acceso carnal como requisito, pues su ausencia no indica la inexistencia de abuso; por el contrario, la mayor parte de los episodios de violencia sexual no presenta evidencias médicas documentadas. Frioux et al. (31) señalan que las lesiones vaginales pueden ocurrir tanto durante el coito consensuado como durante el no consensuado, por lo que resulta difícil determinar las circunstancias en las que se producen basándose únicamente en los hallazgos del examen físico; esta dificultad es particularmente relevante en adolescentes, donde las lesiones derivadas de prácticas consensuadas pueden ser indistinguibles de aquellas resultantes de una agresión sexual.

Se sobredimensiona el valor probatorio de un hallazgo inespecífico, basado en un método de alta sensibilidad, pero baja especificidad, lo que incrementa la detección de falsos positivos y no puede interpretarse como evidencia concluyente en el ámbito pericial. La prevalencia de lesiones en relaciones consensuadas, según Astrup (32) es Ojo Desnudo: 34%, Colposcopio: 49%, Azul de Toluidina + Colposcopia: 52%. Otras publicaciones (33): reporta rangos de prevalencia más amplios (10% al 75%). La lesión genital *per se* no es patognomónica de violencia sexual.

Un estudio evaluó la presencia de lesiones anogenitales en adolescentes de entre 13 y 17 años, comparando 51 pacientes con relaciones sexuales consentidas frente a 204 casos de violencia sexual con acceso carnal. La presencia de lesiones fue del 73 % en el primer grupo y del 85 % en el segundo. Como conclusión, la lesión anogenital no constituye una consecuencia inevitable de la agresión sexual: la ausencia de lesiones genitales no implica consentimiento de la víctima ni excluye la penetración por parte del agresor (34). En consonancia, Walker (35) concluye que la presencia de una lesión genital no debería ser un requisito para validar una acusación de agresión sexual, especialmente cuando no se observan lesiones significativas en otras partes del cuerpo.

Pero... **¿Qué es y cómo se nace el sesgo de expectativa?** se entiende como la tendencia a evaluar la credibilidad de un hecho a partir de su adecuación a un modelo previo considerado “típico” o “normal”. En el contexto de la violación, este sesgo se manifiesta de manera particularmente clara a través del estereotipo de la denominada “violación real”, que asocia la ocurrencia de una agresión sexual con la presencia necesaria de lesiones físicas o genitales, ya sea como consecuencia de una resistencia activa de la víctima o del uso extremo de la fuerza por parte del agresor. Cuando estos elementos no están presentes, se genera una discrepancia entre el relato de la víctima y las expectativas previas del evaluador, lo que puede favorecer la activación de un sesgo cognitivo que conduce a cuestionar la veracidad del hecho denunciado (21,23).

Diversas investigaciones han documentado que los casos que no se ajustan al estereotipo violento de la violación presentan una mayor probabilidad de ser desestimados, archivados o de concluir en absoluciones, incluso

cuando existen otros elementos probatorios consistentes (20,23). En este contexto, el problema no radica en registrar clínicamente la ausencia de lesiones, sino en utilizarla como un criterio extralegal de credibilidad, pese a carecer de fundamento médico-legal.

Desde una perspectiva más amplia, este fenómeno puede comprenderse como una forma de sesgo institucionalizado, en la medida en que las expectativas erróneas sobre la necesidad de lesiones se reproducen de manera sistemática en interrogatorios, alegatos y razonamientos judiciales (20,21). Esta reproducción influye en decisiones clave del proceso penal — como la valoración inicial del caso, el impulso de la investigación, la formulación de cargos o el enjuiciamiento— consolidando respuestas desiguales frente a la violencia sexual. En este marco, el sesgo de expectativa no constituye un error individual aislado, sino un patrón cognitivo compartido que contribuye a la persistencia de los mitos sobre la violación.

En una revisión realizada por Maggiora y Rey (30), titulada “*Valoración MédicoLegal de los Hallazgos Físicos en las Investigaciones de Abuso Sexual con AccesoCarnal en Adultos*”, se citan múltiples autores, los cuales replicaremos a continuación, que analizan cómo la presencia de lesiones influye en la toma de decisiones a lo largo del proceso de justicia penal, en distintas etapas y mediante mecanismos parcialmente distintos (36, 37,38, 39, 40). Por ejemplo, Larsen (38) y Bachman (37) observaron que las mujeres presentan mayores probabilidades de denunciar ante la policía cuando el agresor es un extraño y existen lesiones físicas. Asimismo, las lesiones ubicadas en la región anogenital se han asociado con tasas más elevadas de formulación de cargos y enjuiciamiento por agresión sexual (41), mientras que Fryszer et al. (42) describieron una asociación entre la presencia de lesiones extragenitales y un mayor riesgo de condena en los procesos judiciales.

VALOR LIMITADO DE LAS LESIONES GENITALES EN LA EVALUACIÓN DE AGRESIÓN SEXUAL

Históricamente, parte de la práctica médico-legal se basó en el supuesto de que la penetración forzada debía producir daño genital visible. Sin embargo, los estándares internacionales actuales (OMS y ONU) advierten que la ausencia de lesiones no excluye agresión sexual, ya que la penetración vaginal en adultos frecuentemente no produce daño tisular detectable. Este principio tiene implicaciones jurídicas relevantes, porque el consentimiento es una categoría legal y volitiva, no un fenómeno fisiológico demostrable mediante hallazgos anatómicos. En este sentido, Huda (43) señala acertadamente que considerar la violación como un “diagnóstico médico” basado en hallazgos físicos constituye un error conceptual y jurídico, ya que desplaza el foco desde la falta de consentimiento hacia la presencia de lesiones.

El estudio de Kane et al. (44) mostró que solo el 25,9% de los casos presentaron lesiones genito-anales. En consonancia con estos hallazgos, McLean et al. (24) examinaron 500 denuncias por violación, de las cuales 386 (77,2%) no presentaban lesiones genitales. Este porcentaje incluso aumenta en otros estudios. Por ejemplo, el meta-análisis de Naumann et al. (45) encontró lesiones anogenitales en 48% de los casos de agresión sexual, lo que significa que más de la mitad de las víctimas (52%) no presentaron lesiones visibles durante el examen médico. En conjunto, estos datos confirman que la ausencia de trauma genital constituye el hallazgo más frecuente en la evaluación médico-forense de agresión sexual.

Otro aspecto relevante es que las lesiones genitales también pueden producirse en relaciones sexuales consensuadas. La encuesta de Lohner et al. (46), realizada a ginecólogos en Alemania, mostró que el 83,5% había

observado lesiones vaginales tras relaciones consensuadas, incluyendo lesiones que comprometían la mucosa vaginal (32,3%) e incluso casos que atravesaban toda la pared vaginal (14,6%). Estos datos evidencian que la presencia de lesión genital no es específica de agresión sexual.

En la misma línea, el estudio retrospectivo de Leach et al. (47) encontró que las laceraciones más graves — más profundas y que requieren reparación quirúrgica— se observaron con mayor frecuencia tras relaciones consensuadas, mientras que en las agresiones sexuales las lesiones tendían a ser más numerosas pero pequeñas y superficiales. Este hallazgo resulta particularmente relevante porque contradice la creencia intuitiva de que la violencia necesariamente produce lesiones más severas.

Otro elemento clave es la ausencia de patrones de lesión específicos. El estudio de Volpellier et al. (48) señala que no existen diferencias significativas en el tipo o la ubicación de las lesiones entre penetración digital y pene-vaginal en casos de agresión sexual, siendo además la ausencia de trauma el hallazgo predominante en ambos contextos. Esto refuerza la conclusión de que las lesiones genitales no permiten distinguir de manera fiable entre penetración consensuada y no consensuada.

El meta-análisis de Crawford et al. (49) aporta evidencia comparativa más robusta al analizar 2209 participantes provenientes de seis estudios. Aunque el análisis identificó un 26% mayor riesgo de laceraciones en penetraciones no consensuadas, los autores destacan que las laceraciones aparecen en ambos grupos y no permiten determinar si hubo consentimiento. En consecuencia, aunque algunas lesiones pueden ser estadísticamente más frecuentes en casos de agresión, no poseen valor diagnóstico individual para establecer si una penetración fue consensuada o no.

Asimismo, diversos autores coinciden en que no existe ningún hallazgo físico capaz de diferenciar con certeza una lesión producida por agresión sexual de aquella asociada a actividad sexual consensual (44,49).

En este sentido, se recomienda además excluir el eritema de las estadísticas de “lesión”, ya que se trata de un hallazgo subjetivo e inespecífico, que puede presentarse sin penetración o incluso en ausencia de mecanismos traumáticos. Las lesiones extragenitales se presentan más frecuentemente que las genitales. Diversos estudios europeos han documentado en el 53% de los casos en Irlanda, el 80.1% en Suecia y el 84% en Suiza (44, 50; 51). Estudios recientes (50) describen una mayor frecuencia de lesiones extragenitales graves, especialmente: Estrangulamiento no fatal y otros traumatismos físicos asociados. Esto sugiere que la evaluación médico-forense no debe limitarse a los genitales, sino considerar el contexto de violencia global.

DISCUSIÓN

La evidencia analizada pone de manifiesto una tensión persistente entre los hallazgos empíricos de la literatura médico-forense y las expectativas culturales y jurídicas que suelen guiar la interpretación de los casos de agresión sexual. El modelo estereotípico de la “violación real” —caracterizado por un ataque violento, con lesiones físicas evidentes y perpetrado por un desconocido— continúa influyendo en la valoración de la evidencia, a pesar de que la investigación contemporánea demuestra que estas características no representan la forma más frecuente en que ocurren las agresiones sexuales. Desde el punto de vista médico-forense, numerosos estudios han documentado que la ausencia

de lesiones genitales es un hallazgo frecuente en víctimas de agresión sexual. Diversas investigaciones muestran que una proporción considerable de exámenes clínicos no revela lesiones detectables, incluso cuando se confirma la agresión. Esto se explica por múltiples factores, entre ellos la elasticidad de los tejidos genitales, la lubricación fisiológica, la variabilidad en la intensidad del trauma y el tiempo transcurrido entre la agresión y el examen médico. En consecuencia, la ausencia de lesiones no constituye un indicador confiable para excluir la ocurrencia de una agresión sexual.

Al mismo tiempo, la literatura médica demuestra que las lesiones genitales no son exclusivas de contextos de violencia. Diversos estudios han documentado la presencia de laceraciones y traumatismos genitales tras relaciones sexuales consensuadas, lo que evidencia que la presencia de lesión tampoco permite inferir falta de consentimiento. En algunos casos, incluso se han descrito lesiones más profundas en contextos consensuales que en situaciones de agresión, lo que subraya la limitada especificidad de estos hallazgos desde el punto de vista diagnóstico.

En este contexto, los sesgos cognitivos asociados al estereotipo de la “violación real” pueden influir en la interpretación de la evidencia médico-forense. La expectativa de encontrar lesiones visibles puede llevar a que la ausencia de trauma sea interpretada erróneamente como un indicio de consentimiento o de falta de credibilidad del relato, cuando en realidad constituye un hallazgo frecuente en la práctica clínica. Este fenómeno refleja la interacción entre factores culturales, cognitivos e institucionales que condicionan la valoración de la prueba en delitos sexuales.

Por otra parte, la evidencia comparativa proveniente de revisiones sistemáticas y meta-análisis sugiere que, aunque algunas lesiones pueden presentarse con mayor frecuencia en contextos de agresión, no existe un patrón lesional específico que permita distinguir de forma fiable entre penetración consensuada y no consensuada. En consecuencia, los hallazgos físicos deben interpretarse dentro de un marco clínico y contextual más amplio, evitando atribuirles un valor diagnóstico que excede su alcance científico.

En conjunto, estos resultados refuerzan un principio ampliamente aceptado en la medicina forense contemporánea: el examen médico en casos de presunta agresión sexual tiene como finalidad documentar hallazgos físicos y biológicos, pero no permite determinar la existencia o ausencia de consentimiento. Reconocer esta limitación resulta fundamental para evitar interpretaciones erróneas de la evidencia y para promover evaluaciones periciales basadas en criterios científicos, libres de sesgos derivados de estereotipos culturales.

CONCLUSIÓN

La evidencia científica disponible indica que la presencia o ausencia de lesiones genitales **no posee valor limitado para determinar si una penetración fue consensuada o no**. Diversos estudios han demostrado que muchas agresiones sexuales no producen lesiones detectables, mientras que traumatismos genitales también pueden observarse en relaciones sexuales consensuadas. En consecuencia, el examen médico-forense debe interpretarse como una herramienta destinada a **documentar hallazgos clínicos**, pero no como un medio para establecer consentimiento o voluntariedad. Reconocer estas limitaciones resulta esencial para evitar interpretaciones erróneas de la evidencia y para promover evaluaciones periciales basadas en criterios científicos y libres de sesgos cognitivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hockett JM, Smith SJ, Klausing CD, Saucier DA. **Rape myth consistency and gender differences in perceiving rape victims: A meta-analysis.** *Violence Against Women.* 2016;22(2):139–167.
2. Grubb A, Turner E. **Attribution of blame in rape cases: A review of the impact of rape myth acceptance, gender role conformity and substance use on victim blaming.** *Aggression and Violent Behavior.* 2012;17(5):443–452.
3. Duff S, Tostevin A. **Effects of gender, rape myth acceptance, and perpetrator occupation on perceptions of rape.** *Journal of Criminal Psychology.* 2015;5(4):249–261.
4. Huang Z, Lai J, Xin F. **Experimental study of factors influencing observers' perceptions and reactions to sexual harassment in Chinese university students.** *Frontiers in Psychology.* 2025.
5. Pranjali, Yadav J, Singh AV, Kazmi SSH, Singh A. **Exploring psychological impact of legal procedure and victim blaming on women domestic violence victims.** *Annals of Neurosciences.* 2025.
6. Gravelin CR, Biernat M, Bucher CE. **Blaming the victim of acquaintance rape: Individual, situational, and sociocultural factors.** *Frontiers in Psychology.* 2019.
7. Zvi L, Shechory-Bitton M. **Police officer perceptions of non-consensual dissemination of intimate images.** *Frontiers in Psychology.* 2020.
8. Paterson JL, Walters MA, Hall L. **Ingroup empathy, help, and blame after anti-LGBT+ hate crime.** *Journal of Interpersonal Violence.* 2024.
9. Ratner, P. A., Johnson, J. L., Shoveller, J. A., Hogg, R. S., Martindale, S. L., Schilder, A. J., & Order, S. E. (2003). Non-consensual sex experienced by women: Prevalence, health consequences, and support. *Canadian Journal of Public Health, 94*(1), 36–40. <https://doi.org/10.1007/BF03405054>
10. Witte LP, Flechsenhar A. **“It’s your own fault”: Factors influencing victim blaming.** *Journal of Interpersonal Violence.* 2025.
11. Lorenz K, Kirkner A, Ullman SE. **Qualitative study of sexual assault survivors’ post-assault legal system experiences.** *Journal of Trauma & Dissociation.* 2019.
12. Goodman-Delahunty J, Graham K. **The influence of victim intoxication and victim attire on perceptions of rape.** (citado en Zvi & Shechory-Bitton, 2020).
13. Shaver KG. **Defensive attribution: Effects of severity and relevance on the responsibility assigned for an accident.** *Journal of Personality and Social Psychology.* 1970.
14. Jenkins K. **Rape myths and domestic abuse myths as hermeneutical injustices.** *Journal of Applied Philosophy.* 2016.
15. Romero-Sánchez M, Megías JL, Krahé B. **The role of alcohol and victim sexual interest in Spanish students’ perceptions of sexual assault.** *Journal of Interpersonal Violence.* 2012.
16. Dinos S, Burrowes N, Hammond K, Cunliffe C. **A systematic review of juries’ assessment of rape victims: Do rape myths impact on juror decision-making?** *International Journal of Law, Crime and Justice.* 2015.
17. Hockett JM. **Rape myth acceptance and perceptions of rape victims.** *Violence Against Women.* 2015.
18. Walfield SM. **“Men cannot be raped”: Correlates of male rape myth acceptance.** *Journal of Interpersonal Violence.* 2018.
19. Lincoln, C., Perera, R., Jacobs, I., & Ward, A. (2014). Response to letter to the editor entitled: Macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginal penetration: A prospective comparison study. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 28*, 50–53. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.09.010>
20. St. George S, Spohn C. **Liberating discretion: The effect of rape myth factors on prosecutors’ decisions to charge suspects in penetrative and non-penetrative sex offenses.** *Justice Quarterly.* 2018.

21. Temkin J, Gray JM, Barrett J. **Different functions of rape myth use in court: Findings from a trial observation study.** *Feminist Criminology*. 2018.
22. Conner, C. T. (2020). Review of *Male rape, masculinities, and sexualities: Understanding, policing, and overcoming male sexual victimisation*, by A. Javaid. *International Journal for Crime, Justice and Social Democracy*, 9(2), 200–202.
23. Smith O, Skinner T. **How rape myths are used and challenged in rape and sexual assault trials.** *Social & Legal Studies*. 2017.
24. McLean, I., Roberts, S. A., White, C., & Paul, S. (2011). Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Science International*, 204(1–3), 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2010.04.049>
25. Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>
26. Porges, S. W. (2022). Polyvagal theory: A science of safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16, 871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>
27. Porges, S. W. (2023). The vagal paradox: A polyvagal solution. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, 16, 100200. <https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2023.100200>
28. End Violence Against Women International (EVAWI). **Credibility is an opinion, not a fact.** 2022.
29. Parodi Ambel K. **Abordando los sesgos contra las mujeres víctimas de delitos sexuales en el Poder Judicial chileno.** *Derecho PUCP*. 2023.
30. Maggiora L, Rey JI. **Valoración médico-legal de los hallazgos físicos en las investigaciones de abuso sexual con acceso carnal en adultos.** *Memorias Forenses*. 2024.
31. Frioux, S., Blinman, T., & Christian, C. (2011). Vaginal lacerations from consensual intercourse in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35(1), 69–73. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.08.006>
32. Astrup, B. S., Ravn, P., Lauritsen, J., & Thomsen, J. L. (2012). Nature, frequency and duration of genital lesions after consensual sexual intercourse—Implications for legal proceedings. *Forensic Science International*, 219(1–3), 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.11.028>
33. Zink T, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Fisher BS, Sommers MS. **Comparison of methods for identifying ano-genital injury after consensual intercourse.** *Journal of Emergency Medicine*. 2010.
34. Jones J, Rossman L, Hartman M, Alexander C. **Anogenital injuries in adolescents after consensual sexual intercourse.** *Academic Emergency Medicine*. 2003.
35. Walker, G. (2015). The (in)significance of genital injury in rape and sexual assault. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 34, 173–178. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2015.06.007>
36. Sommers MS. **Defining patterns of genital injury from sexual assault.** *Journal of Forensic Nursing*. 2012.
37. Bachman R. **The factors related to rape reporting behavior and arrest.** *Criminology*. 1998.
38. Larsen ML. **Patterns of reporting sexual assault.** *Violence Against Women*. 2015.
39. White C. **Genital injuries in adults.** *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2013.
40. Zilkens RR. **Sexual assault and injury documentation.** *Forensic Science International*. 2012.
41. Alempijevic D. **Patterns of injury in sexual assault cases.** *Forensic Science International*. 2007.
42. Fryszler, L., Hoffmann-Walbeck, H., Etzold, S., Möckel, M., Sehouli, J., & David, M. (2020). Sexually assaulted women: Results of a retrospective analysis of 850 women in Germany. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 250, 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.059>

43. Huda, T. (2022). “No signs of rape”: Corroboration, resistance and the science of disbelief in the medico-legal jurisprudence of Bangladesh. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(2), 2096186. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2096186>
44. Kane D et al. **Genital and anal injury in women after sexual assault**. International Journal of Legal Medicine. 2025.
45. Naumann, D. N., Morris, L., Bowley, D. M., Appleyard, T. L., Cumming, J., & Wardle, D. (2023). Anogenital injury following sexual assault and consensual sexual intercourse: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 65, 102266. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102266>
46. Lohner, L., Nigbur, L., Klasen, C., Witzel, I., Garland, J., Ondruschka, B., & Anders, S. (2022). Vaginal injuries after consensual sexual intercourse — a survey among office-based gynecologists in Hamburg, Germany. *Forensic Science, Medicine and Pathology*, 18(3), 352– 358. <https://doi.org/10.1007/s12024-022-00488-z>
47. Leach, E., Moaddel, V., Rossman, L., Solis, S., Ouellette, L., Kolacki, C., & Jones, J. (2023). Vulvovaginal lacerations following consensual versus nonconsensual sexual intercourse. *Medical Student Research Journal*, 10, 1–7.
48. Volpellier, M., Hirve, R., & Duckett, C. (2021). Genital injuries and allegation of digital vaginal penetration – A retrospective examination of forensic case notes. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 80, 102154. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2021.102154>
49. Crawford LS et al. **Genital lacerations following sexual assault and consensual sexual intercourse: A systematic review and meta-analysis**. Journal of Forensic Sciences. 2025.
50. Larsson FM et al. **Changes in physical violence and injury during sexual assaults over time among females 16–29 years**. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2025.
51. Cottler-Casanova S et al. **Sexual assault reporting: A retrospective study on care provided in gynaecology emergency settings**. Swiss Medical Weekly. 2025.