

La voz de la mujer transexual

Efecto de doble mirada

The voice of the transsexual woman: the effect of the double look



Andreu Sauca I Balart

UAB



VOCOLOGYCENTER
todo comunica

ART Volumen 18 #2S julio - diciembre

Revista
ARETÉ

ISSN-I: 1657-2513 | e-ISSN: 2463-2252 *Fonoaudiología*

ID: 1657-2513.art.182S02

Title: The voice of the transsexual woman
Subtitle: The effect of the double look

Título: La voz de la mujer transexual
Subtítulo: Efecto de doble mirada

Alt Title / Título alternativo:

[en]: The voice of the transsexual woman:
the effect of the double look

[es]: La voz de la mujer transexual: Efecto
de doble mirada

Author (s) / Autor (es):

Sauca I Balart

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Voice, transsexual, transgender,
LGBTI, LGBTIQ, personal image,
gender disphoria, gender, voice
feminization, agender, cisgender,
male, female, genderfluid.

[es]: Voz, transexual, transgénero, LGBTI,
LGBTIQ, imagen personal, disforia de
género, género, feminización de la
voz, agénero, cisgénero, masculino,
femenino, género fluido.

Submitted: 2018-07-30

Acepted: 2018-11-21

Resumen

El incremento en la visibilización de las personas Transgénero, y el aumento de los logopedas que se especializan en logofoniatría, hacen que empiece a ser habitual la demanda de nuestros servicios de reeducación vocal por parte de personas transexuales. Por el efecto de la doble mirada, estas se sienten más vulnerables y se acentúa la sensación de estar lejos del género sentido. Aun cuando ya puedan haber conseguido la imagen física deseada, ven cómo esta imagen física adquirida no les sirve si utilizan la voz.

Abstract

The increase in the visibility of transgender people, and the increase speech therapists who specialize in speech therapy, make the demand for our vocal reeducation services by transgender people begin to be habitual. Due to the double look effect, they feel more vulnerable and the feeling of being far away from the felt gender is accentuated. Even though they may already have achieved a physical image appropriate to it, they can feel that acquired physical image does not serve them if they use the voice.

Citar como:

Sauca I Balart, A. (2018). La voz de la mujer transexual: Efecto de doble mirada. Areté issn-l:1657-2513, 18 (2S), 11S-18S. Obtenido de: <https://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/arete/article/view/1410>

Andreu **Sauca I Balart**

Source | Filiación:

Universidad Autónoma de Barcelona

BIO:

Logopeda Esp. en Perturbaciones del Lenguaje y de la Audición Esp. en Perturbaciones del Lenguaje y de la Audición

City | Ciudad:

España

E-mail:

logofonitra@clinicadelaveu.cat

La voz de la mujer transexual

Efecto de doble mirada

The voice of the transsexual woman: the effect of the double look

Andreu **Sauca I Balart**

Introducción

En estos últimos años, tanto el incremento de la visibilidad de las personas Transgénero, así como el proceso de normalización social y de despatologización ([Mas Grau, 2017](#)) han llevado a un notable aumento de la demanda de estas personas en nuestras consultas de logofoniatría para que les ayudemos a cambiar su imagen vocal y adecuarla a su imagen física según el género sentido.

Los procedimientos para ello son diversos según se trate de masculinización o de feminización de la voz o, en este último caso, según sea la Fo basal de la mujer transexual.

En una notable mayoría, no es necesaria la cirugía laríngea y basta el tratamiento logofoniatrico. En aquellos casos en que se hace necesaria la cirugía (Fo demasiado alejada de los 165Hz en los graves, baja adherencia al tratamiento, u otros problemas), también será imprescindible el tratamiento logofoniatrico, tanto pre como post-IQ (IQ: Intervención Quirúrgica).

Las intervenciones quirúrgicas varían según los países y todas tienen sus partidarios y detractores. Intentaremos exponer muy brevemente las dos principales con los pros y contras que se argumentan desde la clase médica más nuestra opinión logofoniatrica al respecto.

Antes de continuar, deseo aclarar el uso del término logofoniatría (y logofoniatra), quizás poco conocido fuera de España. Viene a coincidir con el de Vocología (mucho menos usado en España), pero a diferencia de este está reservado a Logopedas, excluyendo otras disciplinas como la Medicina o la Lingüística. Es, por tanto, y de facto, una especialidad de la Logopedia -si es que en el momento actual de la profesión podemos hablar de especialidades- que se ocupa de la voz en todos sus aspectos, tanto patológicos como no patológicos y, en especial, de su rehabilitación.

No utilizamos aquí el término logopeda sino el de logofoniatra, pues para dedicarse a feminización de la voz pensamos que se precisa de conocimientos sólidos en patología y rehabilitación vocal y, por tanto, una especialización en este ámbito.

Diferenciamos también, respecto a la percepción del género, entre imagen física (la visual) e imagen vocal (la que transmite la voz). Ambas configuran parte de lo que llamamos imagen personal.

Casuísticas

En el trabajo logofoniatrico de feminización de la voz, nos encontramos principalmente con estas casuísticas:

- Mujer transexual al inicio de la hormonación.
- Mujer transexual ya con imagen femenina plena.
- Situaciones intermedias.

Las diferencias nos vienen de la mano de la respuesta social al proceso en que se encuentra inmersa la persona:

Cuando la mujer transexual acude a nuestra consulta al inicio del proceso, su físico suele ser aún masculino ligeramente feminizado. No podemos hacer coincidir su imagen física con la vocal y aún no sabemos cuándo se dará la posibilidad. En esta situación, la mujer transexual es percibida socialmente como un hombre en proceso de cambio de género, y su imagen vocal no es más que un elemento más de esa transición. Vivimos en una sociedad cuya percepción de las realidades de género es aún binaria. Mientras la imagen personal no se ajuste a una de las polaridades asumidas por la sociedad, no se produce la aceptación o “normalización”. En este caso, el problema de desajuste de imagen vocal se da principalmente en actos de habla no presenciales en que los interlocutores no se ven el uno al otro, toda la información de cada hablante se vehicula a través del habla y la voz. El mejor ejemplo es el uso del teléfono.

Cuando la mujer transexual inicia el tratamiento logofoniatrico habiendo conseguido completar el proceso de cambio de imagen física, o bien en el momento que llega a ese punto durante el tratamiento logofoniatrico, tenemos una nueva situación: Ahora, su imagen física sí se adapta a una de las polaridades reconocidas por la sociedad y, en consecuencia, hay una correspondencia entre género sentido por la persona transgénero y el género percibido por su sociedad (una sociedad diferente, puede tener criterios y percepciones diferentes). Esta correspondencia se da en tanto en cuanto la mujer transexual no haga uso de su voz. Los problemas, aquí son otros y no se dan siempre, aunque sí generalmente:

Algunas mujeres transexuales, llegado a este punto, no optan por una feminización de la voz. En unas ocasiones porque su Fo ya es mínimamente adecuada, en otras porque su percepción de lo que los otros piensen es baja. En cualquier caso, realizan pequeños ajustes sobre el tono vocal, agudizándolo y estos ya les son suficientes para un desarrollo social para ellas satisfactorio.

Otras, sin embargo, necesitan del ajuste de ambas imágenes, física y vocal, para generar una nueva imagen personal que les dote de la identidad buscada. Mientras la imagen vocal no coincida con la física, la sociedad actúa, cruel e inconsciente con lo que hemos denominado “el efecto de la doble mirada”, que describimos como el proceso de reevaluación que realizamos de la percepción efectuada en primera instancia del género de la persona, descartando la “normalidad” asignada en esa percepción y reasignando a la persona

la identidad binaria de género opuesta a la percibida inicialmente. La mujer transgénero, a medida que va captando estos inputs sociales contrarios, se vuelve más sensible a ellos y desarrolla sentimientos de inseguridad, rechazo respecto a su voz, aislamiento social, ira, susceptibilidad aumentada, bloqueo, depresión, rechazo social de lo CIS (cisgénero: del latín “cis”, ‘de este lado’ como opuesto a “trans”, ‘del otro lado’), incluso intentos de suicidio, etc. configurando finalmente lo que algún profesional de la Psicología podría definir como síndrome reactivo complejo.

Es evidente que, esto que genera una necesidad del tratamiento logofoniatrico, mejora la adherencia al mismo, y constituye la motivación principal para conseguir el objetivo vocal es, también, todo lo contrario.

Por el efecto de la doble mirada, la mujer transexual se siente más vulnerable y se le acentúa el sentimiento de estar lejos del género sentido, aun cuando ya pueda haber conseguido una imagen física adecuada. Sencillamente, siente que esta imagen física adquirida no les sirve si utilizan la voz. Esto tiene un alto coste psicológico para la persona, y provoca que tenga prisa por llegar al momento de unir ambas identidades. Como usualmente se asocia el concepto de voz femenina al de voz aguda, y esto lo da la cirugía, baja la adherencia al tratamiento logofoniatrico y se produce fuga hacia los servicios quirúrgicos, en la creencia de que será más rápido llegar a unir ambas imágenes, física y vocal. Se encuentra entonces tras una cirugía importante, sea cual sea, y con la necesidad e indicación médica de volver al logofoniatra para normalizar primero la voz post-IQ, y para feminizarla después. Solo con la agudización sigue dándose la doble mirada y con ella todo lo que ya hemos comentado.

Esto hace que todo logofoniatra que se dedique a trabajar la feminización de la voz deba ser, en primer lugar, sensible a estos fenómenos a los que estas mujeres están sometidas, y en segundo lugar y no menos importante, especialista en rehabilitación vocal con unos profundos conocimientos de la anatomía y fisiología y sus variantes según edad y género, así como de las técnicas de educación-reeducación-rehabilitación de la voz. Un desconocimiento de los procedimientos podría llevar a una mala praxis causando patología vocal por esfuerzo inadecuado, fatiga vocal o traumatismo cordal que agravaría la voz (Holmberg, Oates, Dacakis, & Grant, 2010), un efecto contrario al deseado, afectando a la calidad de la voz, y con ello el estigma sufrido por estas mujeres.

Acogida

Visto lo anterior, hay que reconocer que con estas pacientes en especial (“pacientes” porque “padecen” por su voz) es muy importante el tipo de Acogida que se les dispense:

Averiguaremos con qué nombre desean nos comuniquemos con ellas y evitaremos el uso del nombre legal si aún no lo han cambiado. Tendremos cuidado de no atenderlas si no es en un lugar suficientemente protegido y nunca ante terceras personas que no sean las que las acompañen, pues ello podría provocar situaciones muy incómodas o incluso problemáticas para ellas. Pensemos en esa doble mirada a consecuencia de su voz. No es siquiera necesario que se produzca realmente, sino que basta con que ellas piensen que puede darse por parte de alguna de las personas próximas, como es el caso de otros pacientes de la sala de espera o de recepción. Será necesario también, en esta misma línea, formar adecuadamente a nuestro equipo asistencial, tanto propio como colaborador, a fin de que no haya desajustes en esta acogida y en el trato adecuado que deben recibir.

Extenderemos la acogida a las personas que puedan acompañarlas y las integraremos en los consejos y explicaciones que daremos siempre de forma clara, sencilla, directa, con un lenguaje informal y próximo, y cuidando de elegir bien los términos a fin de no herir susceptibilidades que, en este momento de inicio, es más que probable que existan. Responderemos a sus dudas y preguntas de forma precisa y adecuada a su preparación cultural, evitando lo que no sea necesario. Las animaremos a explicar su historia, con sus propias palabras. Intentaremos mantener en todo momento el contacto ocular durante la entrevista, y evitaremos el táctil, pues aún no es momento de recorrer espacios que en estas pacientes suelen estar vedados debido a su actitud defensiva.

La anamnesis es importante y no deberemos olvidar aspectos como la presencia de Reflujo Faringolaríngeo (RFL), qué farmacología toman (hormonación, antidepresivos...), si hay tabaquismo, así como el uso de sustancias estupefacientes tanto en el pasado como en la actualidad. Tampoco deberemos olvidar aspectos poco usuales en las anamnesis del resto de nuestros pacientes, como son la altura, peso y complexión, pues afectarán a la Voz Objetivo que planifiquemos conseguir. No se ajusta, por ejemplo, una voz muy aguda a un físico que conserve proporciones masculinas muy marcadas y grandes.

Exploración

Para estas pacientes, la Exploración tendrá, se planifique cirugía o no, dos actos como mínimo, siendo indistinto el orden entre ellos:

Nosotros, desde Logofoniatría, efectuaremos la exploración Funcional de la Voz que, necesariamente, incluirá un detallado estudio acústico de la voz hablada de la mujer transexual que estamos evaluando (Fo, F1, F2, F3 y F4, extensión, articulación de los diferentes sonidos del idioma, intensidad en los finales de frase, intensidad en los diferentes tipos de voz). Anotaremos también si son profesionales de la voz y necesitan de una mayor carga de proyección vocal o, en cantantes, el repertorio actual.

Derivaremos a un ORL o Foniatra de confianza para que efectúe la Exploración Orgánica y Diagnóstica de la laringe por Videolarinngestroboscopia (VLE). El objetivo será descartar problemas o patologías orgánicas que impidan un correcto trabajo logofoniatrico de feminización vocal. Si se encuentra alguna patología, deberemos atender primero a su resolución, excepto en el caso de hallarse Vergetures que, tras evaluarlas, podemos tratar aquellas limitaciones que causen de forma simultánea al trabajo de feminización. Es necesario que la paciente acuda a exploraciones periódicas con este profesional que nos garantizarán una correcta evolución o permitirán reconducir a tiempo el plan de trabajo en el caso de darse problemas.

Tratamiento

Aun no siendo este el marco para detallar el proceso y las técnicas logofoniatricas de feminización vocal, vamos a enumerar algunas líneas que deben tenerse en cuenta.

- Tanto si no se opta por cirugía, como en el caso de preverla (Pre-IQ), tendremos que trabajar:
- Una correcta Higiene Vocal, de la cual, como hacemos habitualmente, haremos el seguimiento oportuno.
- Establecer una correcta Postura, eutónica, libre, y teniendo en cuenta aspectos diferenciales de género, evitando que

posturas “femeninas” comprometan la función vocal.

- También, siguiendo en la línea de mejorar la técnica vocal básica, trabajaremos la Respiración y la Coordinación Fonorrespiratoria (CFR).
- Especial atención recibirá el Ataque Vocal, no solo para que sea saludable, no duro, sino para ajustarlo también a las necesidades del habla femenina en cada situación.
- El trabajo principal, inicial, lo recibirá la Frecuencia fundamental, incrementándola hacia el agudo para sobrepasar la frontera femenina de los 165Hz. En el caso de no optarse por cirugía, trabajaremos la frecuencia fundamental y los diferentes aspectos de feminización de la voz (estiramiento labial, anteriorización lingual, entonación y prosodia, léxico adecuado, intensidad de los finales de frase, resonancia y readaptación del tracto vocal, entre otros aspectos) hasta conseguir la Voz Objetivo que habremos pactado con la paciente durante el proceso, una vez la imagen física ya está definida, para conseguir la adecuación de sus dos imágenes (física y vocal) en una única imagen personal de su agrado.

Cirugías

Pocas son las cirugías que aún se practican. Podemos básicamente reducirlas a las siguientes y, como en cualquier cirugía la experiencia y especialización en ellas de las manos que las realicen marcarán la diferencia de los resultados:

- Aproximación cricotiroidea, de [Isshiki \(1983\)](#), o Tiroplastia Tipo IV modificada ([Lee, Liao, & Hsieh, 1986](#)) ([Sataloff, Spiegel, Carroll, & Heuer, 1992](#)): Unión de los cartílagos Tiroides y Cricoides por medio de una sutura permanente para fijar la elongación de las cuerdas vocales. Se aumenta así la tensión de las cuerdas vocales. El abordaje es externo, lo cual deja una cicatriz más o menos visible en el cuello. Los resultados a largo plazo son inconsistentes y contradictorios ([Casado & Maraví Aznar, 2017](#)), con el agravante de que se produce una atrofia de los músculos cricotiroideos, necesarios para la inclinación natural del cartílago Tiroides sobre el Cricoides, base del trabajo logofoniatrico sin cirugía. Por tanto, si no se mantiene en el tiempo, y desciende el tono, nos encontraremos con la limitación importante de no contar con unos cricotiroideos en buen estado.
- Glotoplastia de Wendler: afecta directa e irreversiblemente a las cuerdas vocales sobre las que se actúa directamente acortando su longitud vibrátil. A pesar de los resultados poco predecibles en cuanto a la voz resultante, y las posibles complicaciones como que ceda la sutura o se forme una fístula anterior, suele dar buenos resultados a largo ([Remacle, Matar, Morsomme, Veduyck, & Lawson, 2011](#)) y eleva la Fo más que la cirugía de aproximación. La voz posquirúrgica es disfónica e hipofónica, y precisa necesariamente de un trabajo logofoniatrico intenso para normalizarla, flexibilizando los tejidos cicatriciales.
- Cordotomía Láser: descrita por Orloff en [\(2006\)](#) con el nombre [Laser-Assisted Voice Adjustment](#) o LAVA. Está basada en una cordotomía lateral en la superficie superior de ambas cuerdas vocales, a 1-2 mm del borde libre. Su éxito depende de la rigidez de la cicatriz resultante.
- Según un estudio reciente ([Song & Jiang, 2017](#)), las técnicas

Efecto de doble mirada

quirúrgicas de feminización laríngea se categorizan según tres mecanismos de elevación de la Fo. Estos son:

- El aumento de la tensión cordal ([aproximación cricotiroides](#)).
- El acortamiento de las cuerdas vocales ([Glottoplastia de Wendler](#)).
- La reducción de la masa cordal ([LAVA](#)).

Sea cual sea la cirugía efectuada, la Logofoniatría post-IQ es imprescindible para recuperar las cuerdas vocales, readaptar el tracto vocal y, mediante el trabajo de los diferentes aspectos que conforman una voz femenina más allá del mero incremento de la Fo (agudizar la voz no es feminizarla), adecuar, finalmente, la voz al cuerpo, esto es, hacer coincidir la imagen vocal con la física para que no haya ninguna doble mirada que desmonte la imagen personal al encontrar falsa la imagen física.

Conclusiones

La feminización de la voz debe ser, a nuestro entender, conducida por un Logofoniatra especializado, no por un logopeda sin formación o con escasa formación en voz.

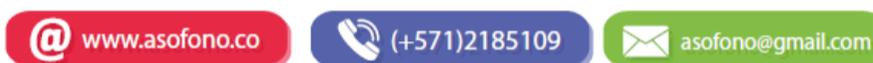
Creemos pues que, si la Logofoniatría fuese una especialidad de la Logopedia, la Feminización de la Voz sería una superespecialidad. El profesional que se dedique debe tener amplios conocimientos de rehabilitación de la voz, y suficiente experiencia clínica, no solo para instaurar una técnica e higiene vocales correctas, sino, también, para evitar que el tratamiento o la forma de entenderlo por la mujer transexual la lleve hacia la patología. Así mismo, debe conocer los procesos y técnicas concretas de feminización de la voz comprendiendo sus fundamentos. Además, debe ser capaz de empatizar correctamente con sus pacientes transexuales evitando situaciones que puedan herirlas y sabiendo motivarlas para que no haya abandono del tratamiento. El equipo vinculado al Logofoniatra en este proceso debe tener una actitud homogénea y cuidada.

Todo el equipo debe comprender los estragos que causa esa doble mirada en estas personas y evitar cualquier situación en que esta pueda producirse.

Referencias

- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2012). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*, (2 ed.). (R. K. Adler, S. Hirsch, & M. Mordaunt, Eds.) San Diego, [USA: Plural Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). Washington, [USA]: American Psychiatric Association.
- Astudillo Ramírez, M. (2016). *La feminización de la voz de la mujer. Guía Femivoz: introducción al método Astudillo* (1 ed.). Almería, [ESP]: Circulo Rojo.
- Borsel, J. V., De Cuyper, G., & Van den Berghe, H. (12 de 2001). Physical appearance and voice in male-to-female transsexuals. *Journal of voice*, 15(4), 570-575.
- Borsel, J. V., Van Eynde, E., De Cuyper, G., & Bonte, K. (05 de 2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of voice*, 22(3), 379-384.
- Bruin, M., Coerts, M., & Greven, A. (9 de 2000). Speech Therapy in the Management of Male-to-Female Transsexuals. *Folia phoniatrica et logopaedica*, 52(5), 220-227.
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (09 de 2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of voice*, 21(5), 591-603.
- Casado, J. C., & Maraví Aznar, E. (2017). "Feminización de la voz. Abordaje multidisciplinar de la mujer transgénero". Marbella, [ESP]: Hospitales Quirónsalud Campo de Gibraltar y Marbella.
- Davies, S., & Goldberg, J. (10 de 2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 167-196.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (10 de 2006). Clinical Aspects of Transgender Speech Feminization and Masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 167-196.
- Gorham-Rowan, M., & Morris, R. (06 de 2006). Aerodynamic analysis of male-to-female transgender voice. *Journal of voice*, 20(2), 251-262.
- Holmberg, E. B., Oates, J., Dacakis, G., & Grant, C. (09 de 2010). Phonetograms, aerodynamic measurements, self-evaluations, and auditory perceptual ratings of male-to-female transsexual voice. *Journal of voice*, 25(5), 511-522.
- Isshiki, N., Morita, H., Okamura, H., & Hiramoto, M. (02 de 1974). Thyroplasty as a new phonosurgical technique. *Acta oto-laryngologica*, 78(1-6), 451-457.
- Isshiki, N., Morita, H., Okamura, H., & Hiramoto, M. (02 de 1974). Thyroplasty as a new phonosurgical technique. *Acta Oto-Laryngologica*, 78(1-6), 451-457.
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (10 de 1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *Journal of otolaryngology*, 12(5), 335-340.
- Lee, S., Liao, T., & Hsieh, T. (1986). Extralaryngeal approach in functional phonosurgery. *Proceeding in the XX Congress of the IALP*, 482-483.
- Mas Grau, J. (06 de 2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios teminológicos, misma esencia patologizante. (E. Ganuza, Ed.) *Revista internacional de sociología*, 75(2), 1-12.
- McNeill, E. J., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (11 de 2008). Perception of Voice in the Transgender Client. *Journal of voice*, 22(6), 727-733.
- Orloff, L., Mann, A., Damrose, J., & Goldman, S. (04 de 2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *Laryngoscope*, 116(6), 655-660.
- Pausewang Gelfer, M., & Mikos, V. A. (12 de 2005). The relative contributions of speaking fundamental frequency and formant frequencies to gender identification based on isolated vowels. *Journal of voice*, 14(4), 544-554.
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I., & Lawson, G. (06 de 2011). Glottoplasty for male-to-female transsexualism: voice results. *Journal of voice*, 25(1), 120-123.
- Sataloff, R. T., Spiegel, J. R., Carroll, L. M., & Heuer, R. J. (06 de 1992). Male soprano voice: A rare complication of thyroidectomy. (M. G. Stewart, Ed.) *Laryngoscope*, 102(1), 90-93.
- Song, T. E., & Jiang, N. (05 de 2017). Transgender Phonosurgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 156(5), 803-808.
- Stager, S. V., Neubert, R., Miller, S., Regnell, J. R., & Bielamowicz, S. A. (09 de 2003). Incidence of supraglottic activity in males and females: a preliminary report. *Journal of voice*, 17(3), 395-402.
- Wendler, J. (1990). Vocal pitch elevation after transsexualism male to female. *XVIIth Union of the European Phoniatrists Congress*, 10-14.

Con el acompañamiento de:



Calle 79 # 18-18 of. 206
Bogotá



