

- SHEARER, A. (1981). *Disability: whose handicap?*, Oxford, Blackwell.
- SHIRLEY, O. (Ed.) (1983). *A Cry for Health—Poverty and disability in the Third World*, Frome, Third World Group & AHRTAG.
- STONE, D. (1984). *The Disabled State*, Basingstoke, Macmillan.
- SUTHERLAND, A. (1981). *Disabled We Stand*, Londres, Souvenir Press.
- THUNHURST, C. (1982). *It Makes You Sick—the politics of the NHS*, Londres, Pluto Press.
- TOWNSEND, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom*, Londres, Penguin.
- TURNER, B. S. (1984). *The Body & Society*, Oxford, Blackwell.
- WOOD, P. H. N. (1978). "Size of the problem and causes of chronic sickness in the young", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 71, págs. 437-441.

CAPÍTULO III

Mujeres con discapacidad

La suma de dos obstáculos

Por William John HANNA

Departamento de Desarrollo Familiar y Comunitario,
Universidad de Maryland

y Betsy ROGOVSKY

Universidad Gallaudet, Washington, DC

Resumen

En los EE.UU. las mujeres con discapacidades tienen una menor participación en las relaciones sociales, las instituciones educativas y la fuerza laboral de la que se esperaría sobre la base de las desigualdades entre hombre y mujer y entre hombres con y sin discapacidades. El aislamiento resultante parece estar relacionado con normas atributivas, afectivas y de atracción del sistema sociocultural estadounidense al igual que con componentes relacionados con la imagen propia y la elección del papel que desempeñan de acuerdo al concepto que las mujeres tienen de sí mismas. En este estudio se considera esquemáticamente que la participación, el sistema sociocultural y los conceptos propios sobre uno mismo son elementos de un triángulo de causalidad circular.

Introducción

Ahora soy una mujer con discapacidad. Van dos *strikes*. ¿Significa que casi estoy eliminada?

Debes encontrar las partes aptas de la mujer con discapacidad¹.

Hace algunos años nos encontrábamos hablando de manera casual sobre la situación en que viven las mujeres con incapacidades físicas de larga duración. La conversación nos llevó a buscar literatura sobre el tema pero, para nuestra sorpresa, una gran parte del material académico o popular sobre discapacidad no diferenciaba entre hombres y mujeres; es más, la mayoría de esos textos se basaba en estudios sobre hombres. Sin embargo, aplicando nuestras observaciones personales, nos parecía que había diferencias entre hombres y mujeres

¹ Las citas corresponden a la transcripción de entrevistas que los autores hicieron a mujeres con discapacidad.

con discapacidad. A modo de ejemplo, si bien notábamos mayor cantidad de hombres con discapacidades visibles en ámbitos públicos, sabíamos que había —al menos— igual cantidad de mujeres con discapacidad. Por esa razón, decidimos explorar este tema con mayor profundidad.

Descubrimos que, aproximadamente, 20 millones de mujeres estadounidenses con incapacidades visuales, auditivas, motoras y físicas en general desperditaron escaso interés tanto en términos políticos como académicos. En los EE.UU. comenzó a dedicarse atención a las políticas relacionadas con la discapacidad de manera reciente como resultado de la *Fair Housing Act* de 1988 (Ley de vivienda justa) y de la *Americans with Disabilities Act* de 1990 (ADA) (Ley de estadounidenses con discapacidades). Hasta la década de los ochenta no comenzaron a aparecer, con alguna regularidad, textos —tanto académicos como populares— sobre mujeres con discapacidad. A pesar de diversas publicaciones académicas recientes (FINE y ASCH, 1988; DEEGAN y BROOKS, 1985, por ejemplo) y de tecnologías sobre observación participante (como SAXTON y HOWE, 1987; BROWNE y cols., 1985), la evaluación de 1984 de ELLIEN sostiene, en líneas generales, que: "... no se identificó ni exploró la mayoría de las necesidades de las mujeres con discapacidad..." (1983-1984, pág. 10).

Así, decidimos acometer un programa de investigación. El primer punto de nuestra agenda era determinar la verdadera proporción en que era diferente la situación de hombres y mujeres con discapacidad. Por supuesto, esta cuestión puede abordarse de distintas maneras; nuestra elección fue enfocarnos en su participación en el sistema socioeconómico. Es evidente que la mujer está más aislada que el hombre de la sociedad en general. Las explicaciones de nuestras candidatas partieron de dos observaciones personales más: las opiniones principalmente negativas o poco halagüeñas que las personas suelen expresar con respecto a las mujeres (y las personas en general) con discapacidad y el bajo concepto de sí mismas —al parecer, aceptado de manera pasiva— que tienen muchas de estas mujeres. Nuestra investigación sugiere que el bajo promedio de participación de las mujeres con discapacidad en la sociedad está relacionado con el sistema sociocultural en general (y, en consecuencia, con el concepto de sí mismas que tienen las mujeres). Nuestra población de referencia tiene tres características importantes: 1) son mujeres, 2) tienen una discapacidad física y además 3) son mujeres con discapacidad, es decir, la combinación entre ser mujer y tener discapacidad tiene consecuencias especiales.

El marco que guía nuestro estudio tiene la forma de un triángulo en el que se incluyen la "participación", el "sistema sociocultural" y el "concepto de sí mismo". (No hace falta mencionar que este marco de trabajo simplificado deja fuera muchos otros factores que deberían incluirse si se desea lograr un entendimiento completo de la situación en que se encuentran las mujeres con discapacidad.) Inicialmente tomamos al sistema sociocultural como la fuerza motriz que lleva a una escasa participación y a tener un bajo concepto de uno mismo. Sin embargo, nuestro nuevo punto de vista es que cada uno de estos tres factores contribuye a los otros, los sostiene y se ve influenciado por ellos. Por lo tanto, creemos que en una representación esquemática de estos factores cada uno debería conectarse con los otros dos mediante flechas de dos sentidos. Estas relaciones se muestran en la Figura 3.1.



Figura 3.1.

Métodos

Seguimos el siguiente procedimiento. *Primero*, para la cuestión de la participación, recurrimos a muestreos de dos encuestas estadounidenses en el ámbito nacional. *En segundo lugar*, nos ocupamos del sistema sociocultural y del concepto de sí mismas que tienen las mujeres con discapacidad mediante una serie de entrevistas exhaustivas y cuestionarios de encuestas realizadas especialmente para este fin.

Para analizar la cuestión de la participación recurrimos a una encuesta especial del Departamento de Censos estadounidense de 1984 en la que se incluyó una serie de preguntas —un módulo para ser más precisos— sobre salud y discapacidad, y a una encuesta que la consultora *Louis Harris and Associates* (actualmente, *Harris Interactive Inc.*) realizó en 1986 entre estadounidenses con discapacidad. El estudio del Departamento de Censos incluía 18.733 personas, de las que 1.748 eran mujeres con algún tipo de limitación duradera, mientras que HARRIS entrevistó a 1.000 personas, entre las que había 553 mujeres.

Nos enfocamos especialmente en las respuestas de las personas de entre 40 y 49 años de edad, ya que las de esta franja de edad sufren menos los efectos —específicos de uno de los géneros— del parto y la longevidad. Debe notarse que la relación entre clase social y discapacidad está especialmente marcada en las personas de mediana edad (HEYMAN y cols., 1990, pág. 169). Las cifras para nuestra categoría de estudio son: en la encuesta del Departamento de Censos, 1.877 personas de las que 219 son mujeres con discapacidades, y en la encuesta sobre discapacidad de HARRIS, 126 entre las que hay 61 mujeres.

Sobre la base de los datos del Departamento de Censos comparamos a las mujeres que tienen discapacidad con las otras tres combinaciones entre género y discapacidad: hombres sin discapacidad, mujeres sin discapacidad y hombres con discapacidad. Para evaluar si el género y la discapacidad son los únicos y totales responsables de la situación en que se encuentran las mujeres con discapacidad, calculamos una cifra estimada de éstas. Para obtener ese número, *primero* evaluamos el factor género al calcular la proporción de mujeres y hombres, tomando como base únicamente los datos de personas que no tienen discapacidad; *en segundo lugar*, establecimos el promedio de discapacidad al calcular la proporción de personas con y sin discapacidad basados en los datos sobre hombres. Partimos de la suposición de que si las cifras reales para mujeres con discapacidad son menores que las cifras estimadas (es decir, tienen menos participación en el total), las cuestiones de género y discapacidad no explican por completo la diferencia entre la cifra real y la estimada y, por lo tanto, este punto debe analizarse con mayor profundidad.

Para conocer las actitudes individuales y comunitarias nos basamos principalmente en los estudios sobre accesibilidad que realizamos en el condado de

Montgomery, Maryland, que incluyen 30 entrevistas específicas con adultos con discapacidad y 102 entrevistas telefónicas con proveedores (HANNA y cols., 1980); una serie de 40 entrevistas de entre una y dos horas de duración realizadas a mujeres con discapacidad que residen en la zona metropolitana de Washington DC y que se ofrecieron de manera voluntaria para ese fin (la mitad de las cuales tiene, al menos, algún tipo de educación superior, lo que nos permitió estar en contacto con mujeres con historias diferentes) y estudios basados en cuestionarios de asociaciones libres (181) y aportaciones (130) sobre discapacidad realizadas por los estudiantes de grado de la Universidad de Maryland (HANNA, 1986).

Algunos de los contrastes que descubrimos son estadísticamente importantes, mientras que otros no lo son. Sin embargo, la *dirección* de los resultados es coherente. Lo que nos impresiona es el patrón general, el que también nos parece sugerente de la situación en que se encuentran las mujeres con discapacidad. Dado que en esta etapa de nuestro trabajo concedimos mayor importancia a los patrones generales, no podemos tomar en consideración las variaciones indudablemente ricas que puede haber sobre la base de factores tales como grado y notoriedad de la incapacidad, clase social, pertenencia a distintos grupos étnicos y orientación sexual.

Participación socioeconómica

Claramente, la mayoría de las mujeres con discapacidad *no* tienen una participación completa o igualitaria en la sociedad estadounidense. SAXTON y HOWE (1987, pág. 2) mencionan al "aislamiento" como uno de los aspectos graves de la "opresión que causa la discapacidad". En esta sección revisaremos parte de los datos contenidos en las encuestas.

Relaciones sociales. Las mujeres con discapacidad parecen estar relativamente aisladas en varios niveles del sistema social. Esto puede deberse, en parte, a que las otras personas las evitan y posiblemente sea un reflejo de una tendencia generalizada entre las mujeres con problemas de salud el apartarse más que los hombres. MORRIS (1989, pág. 106) escribió: "A menudo puede haber obstáculos para iniciar nuevas amistades, los que, si bien se originan principalmente en la ignorancia de las personas y en su miedo a la discapacidad, también se deben a nuestros propios sentimientos y falta de confianza".

Nuestra exploración comienza con una mirada al matrimonio para determinar primero si una persona estuvo casada alguna vez. Los datos del Departamento de Censos revelan que las mujeres con discapacidad constituyen la categoría con más probabilidades de permanecer solteras. Estas son las cifras: hombres sin discapacidad: 4 %; mujeres sin discapacidad: 3 %; hombres con discapacidad: 4 %; mujeres con discapacidad: 7 % (el porcentaje estimado era el 3 %, menos de la mitad de la cifra real). Sugerentemente, HARRIS informa que cerca de la mitad de las mujeres solteras encuestadas en su muestreo consideraban que su discapacidad constituía un impedimento para sus "posibilidades de casarse". Si analizamos ahora a aquellas personas que estuvieron o están casadas, pero no a quienes enviudaron, vemos otro indicador de aislamiento. Las mujeres con

discapacidad tienen más posibilidades de estar divorciadas, separadas o casadas sin vivir bajo el mismo techo que las personas de los grupos con los que se las compara. Las cifras son las siguientes: hombres sin discapacidad, 12 %; mujeres sin discapacidad, 15 %; hombres con discapacidad, 11 %; mujeres con discapacidad, 25 % (el porcentaje estimado: 14 %). Entonces, de acuerdo a esta información, las mujeres con discapacidad tienen menos probabilidad de casarse y más de que su matrimonio se termine que de los otros grupos.

Una gran variedad de otras pruebas fundamenta esta imagen de mayor aislamiento social. Por ejemplo, las mujeres con discapacidad tienen menos probabilidad de ser madres y de tener relaciones íntimas. Resulta interesante notar que, en repetidas ocasiones, se encontró que el matrimonio y otros vínculos sociales se asocian con la buena salud. Por lo tanto, la discapacidad puede llevar al aislamiento, pero el aislamiento también puede contribuir a la discapacidad.

El aislamiento social se ve reforzado por la falta de movilidad espacial debido a la incapacidad en sí misma, a las deficiencias del sistema de transporte público —que también son un impedimento— y a la falta de fondos para sortear las barreras del transporte privado. Obviamente este problema pone a prueba a las personas con incapacidades motoras, pero este es un desafío de iguales proporciones para quienes tienen otro tipo de discapacidad.

Educación. Los datos sobre rendimiento académico revelan que las personas con una discapacidad se enfrentan con severos impedimentos creados por las instituciones educativas. Entre los hombres sin discapacidad, sólo el 16 % no terminó la escuela secundaria y el 47 % asistió a instituciones de educación superior por algún período. Para las mujeres sin discapacidad, los valores son el 18 y el 38 % respectivamente. Sin embargo, en el grupo de hombres con discapacidad, el 33 % no terminó la escuela secundaria y sólo el 34 % asistió a instituciones de educación superior, mientras que en el caso de las mujeres con discapacidad las cifras son el 42 y el 25 % respectivamente. Los valores esperados para mujeres con discapacidad eran el 37 y el 28 %, lo que sugiere una vez más que, por sí solos, el género y la discapacidad no explican por completo la situación en que se encuentran las mujeres con discapacidad.

Estas estadísticas tienen que ver con los años de educación formal y no revelan, ni por asomo, las diferencias (o recompensas) en las experiencias educativas debido a las necesidades especiales y a los desafíos con que se enfrentan las personas con discapacidad en combinación con la discriminación que practican algunas instituciones educativas. Un análisis adecuado del impacto de la educación en las mujeres con discapacidad debería comparar los contenidos de la educación ofrecida a los hombres y mujeres con y sin discapacidad. Aquí, sólo podemos sugerir que existen diferencias que pueden llegar a tener un fuerte impacto en los conocimientos, las habilidades y la autoestima. Un ejemplo: la educación sexual es de vital importancia para las mujeres con discapacidad y debería incluir información sobre la sexualidad en relación con la discapacidad. Sin embargo, no siempre se incluye a los estudiantes de niveles de educación especial en las clases de higiene (HANNA FORD, 1985, pág. 78) y educación sexual, y los materiales que se presentan en las clases rara vez incluyen información sobre discapacidad (ELLIEN, 1983-1984, pág. 10).

Fuerza laboral. Los contrastes antes mencionados se ven reforzados por la información que se obtiene al examinar los datos del sector laboral. La encuesta del Departamento de Censos revela que las mujeres con discapacidad entre 40 y 49 años de edad tienen una participación en la fuerza laboral menor que la estimada. Entre las personas sin discapacidad, un 91 % de los hombres tenía empleo en comparación con el 65 % de las mujeres. En cuanto a las personas con discapacidad, los valores son 73 y 43 % respectivamente (cuando el porcentaje esperado era el 52 %). La desigualdad tanto en cuanto al género como a la discapacidad se observa aún más en un análisis sobre empleo a tiempo completo. Aquí, las cifras son: para los hombres sin discapacidad, 88 %; para mujeres sin discapacidad, 49 %; hombres con discapacidad, 69 % y mujeres con discapacidad, 33 % (cuando se esperaba un 38 %). La educación no logra salvar la brecha laboral. En todos los niveles de educación, incluido el más alto, descubrimos que las tasas de participación de las mujeres con discapacidad son inesperadamente bajas.

Los hombres con discapacidad tienen, desde el comienzo, algunas ventajas programáticas (e incluso nacionalistas). Las campañas de "contrata un veterano" pueden ayudar a los veteranos de guerra y a otros hombres con discapacidad, pero *no es probable* que ayuden a las mujeres con discapacidad (aun cuando algunas de ellas también son veteranas de guerra). Por otra parte, las discapacidades de origen laboral (que son más comunes entre los hombres) aumentan las posibilidades de una rehabilitación satisfactoria y de volver a obtener un empleo (véase ALTMAN, 1985).

Muchos factores relacionados con la incapacidad tienen un impacto en el empleo. Por ejemplo, algunos empresarios no quieren tener trabajadores con discapacidad debido a los costes tangibles (por ejemplo, los de construir rampas de acceso) y a los simbólicos (por ejemplo, pensar que "mujer con discapacidad" equivale a "negocio con discapacidad"). Además, los empresarios pueden no comprender una incapacidad y, por lo tanto, exagerar o ver erróneamente su impacto en el desempeño del trabajador.

No resulta sorprendente que las diferencias en la cuestión del empleo se vean reflejadas en los ingresos. Para las personas de entre 40 y 49 años, el ingreso mensual promedio de los hombres sin discapacidad es de 2.330 dólares; el de las mujeres sin discapacidad, de 1.744 dólares. En cuanto a las personas con discapacidad, las cifras son: 843 dólares para los hombres y 578 para las mujeres (la cifra estimada era de 631 dólares). Cuando se analiza únicamente a los trabajadores a tiempo completo se encuentra un patrón similar.

Sistema sociocultural

¿Qué sucede? ¿Por qué es tan baja la participación promedio de las mujeres con discapacidad en comparación con las mujeres sin discapacidad y los hombres? Si nos apropiamos de una dualidad de PARSONS (1951, pág. 431), podemos decir que la discapacidad se define tanto física como socioculturalmente. Por supuesto que las mujeres y los hombres con discapacidad se ven limitados e impedidos físicamente por barreras tales como los bordillos de las aceras y otras como la falta de interpretar del lenguaje de señas en las reuniones. Como dijo una

estudiante universitaria: "No participo mucho de la vida social en el campus. Cuando pienso en la energía que se precisa para llegar al centro de estudiantes, en general prefiero no ir. Es físicamente agotador". Muchas relaciones interpersonales en las que hay al menos una persona con limitaciones físicas también demandan tiempo y energía adicionales.

Los factores socioculturales también son importantes. SAXTON y HOWE (1987, pág. 2) observaron: "no es posible separar los hechos objetivos, la realidad cotidiana de convivir con una discapacidad de los obstáculos culturales y sociales con los que las mujeres con discapacidad deben enfrentarse, como la discriminación abierta e indirecta en los ámbitos laboral y educativo". Nuestro enfoque aquí, entonces, es en los factores socioculturales.

Sugerimos que tres aspectos del sistema sociocultural reinante son de especial importancia para comprender la situación en que se encuentran las mujeres con discapacidad: el sexismo, la discriminación contra personas con discapacidad (*discapacitismo*) y un tercer factor (o "factor adicional") que parece estar especialmente relacionado con las mujeres con discapacidad. Creemos que estos tres factores afectan la participación en los ambientes social, laboral y educativo y que, a su vez, se ven afectados por los bajos niveles de participación en esos ámbitos.

La consecuencia de estos factores es el estigma (GOFFMAN, 1963), ese "tipo de categorización social especial e insidioso" (COLEMAN 1986, pág. 219) que conlleva un "estatus devaluado" (BECKER y ARNOLD, 1986, pág. 49). Por supuesto, el estigma moldea el comportamiento de las personas estigmatizadas y no estigmatizadas y aporta a cada una de ellas una razón para evitar a la otra.

Las mujeres en los EE.UU. (y en cualquier otro país) tienen un estatus devaluado, y lo mismo sucede con las personas que tienen discapacidades físicas. De hecho, existen similitudes entre ambos grupos. Como escribieron SAXTON y HOWE (1987, pág. xii): "hay muchos paralelismos entre la opresión de las mujeres y la de las personas con discapacidad. Las demás personas ven a estos grupos como pasivos, dependientes e infantiles; se minimizan sus habilidades y se subestiman sus contribuciones a la sociedad". Nuestras encuestas entre estudiantes universitarios revelan claramente que, en general, se ve a las mujeres con discapacidad de manera negativa, como pasivas y socialmente aisladas, por ejemplo. Se las considera enfermizas y débiles, viejas y tristes, estériles y asexuadas. Las comparaciones de este grupo con mujeres sin discapacidad y hombres con discapacidad arrojan resultados dramáticos.

Para analizar por qué aparentemente se estigmatiza más a las mujeres que a los hombres con discapacidad—incluso a niveles mayores que los que podríamos predecir sobre la base del sexismo y de la discriminación relacionada con la discapacidad—recurriríamos al "factor adicional" que se encuentra en la combinación de mujer y discapacidad. Sugerimos que aquí pueden estar involucrados tres factores: la inadecuación social de la causa de la discapacidad, el cuidado atento de las personas con incapacidad y la belleza robada.

Atribución de la discapacidad. Cuando se analiza una discapacidad es normal que el observador se pregunte cuál fue su causa. Claramente, la perspectiva del siglo XVIII de que "el coste de haber pecado se pagaba con la enfermedad y la muerte" (TURNER, 1985, pág. 219) influye aún en nuestros propios puntos de vis-

ta. En general, suele haber un tono negativo en el momento de asignar una causa a la discapacidad y, además, hay diferencias en la atribución de causas según el género. La evidencia de que disponemos sugiere que los observadores tienden a atribuir las discapacidades de los hombres a factores coyunturales externos, mientras que es más probable que las atribuciones de las discapacidades de las mujeres se enfoquen en la propia persona. Es posible que haya una relación entre este patrón y la teoría de que el "mundo es justo", es decir, que algunas personas (¿especialmente las mujeres?) obtienen lo que merecen (véase LERNER, 1970).

En un estudio, solicitamos a 130 estudiantes de grado que proporcionaran una explicación a la causa por la que un hombre imaginario de 45 años utilizaba una silla de ruedas. Muchas de las respuestas tuvieron relación con heridas de guerra y, en algunas ocasiones, se mencionó al trabajo. En aquellos casos en que se relacionó la discapacidad con un accidente se hizo de manera general o con accidentes automovilísticos o deportivos. En cambio, ningún estudiante dio explicaciones relacionadas con lo militar o lo laboral para una mujer de una edad similar, y sólo uno mencionó un accidente deportivo. (Los hombres menores de 50 años sufren más lesiones que las mujeres.)

Para las mujeres que usaban sillas de ruedas se dio una explicación de manera mucho más usual que en el caso de los hombres en la misma situación: la enfermedad. Esto es especialmente importante porque algunas enfermedades son contagiosas y se asocia el grado de contagiosidad con reacciones negativas y comportamiento retraído (SAFILIOS-ROTHSCHILD, 1970; SONTAG, 1978). En cuanto a los accidentes, se hizo referencia principalmente a accidentes generales y automovilísticos. Pero, en contraste con las causas que se dieron para los hombres, una importante cantidad de encuestados mencionó accidentes aparentemente ocasionados por descuido (por ejemplo, "caer por las escaleras") como causa para la discapacidad de las mujeres.

Cuidado atento. Un componente del sexismo en la sociedad estadounidense es que se espera que la mujer sea quien se ocupe de prodigar cuidados mientras los hombres hacen el "trabajo" (término que, implícitamente, se refiere a trabajo remunerado fuera del hogar). En otras palabras, las mujeres *nutren* (son, por ejemplo, "madre", "esposa" y "pareja sexual"). Estos son los mismos papeles que DUFFY (1981, pág. 135) identifica como los que, según sus encuestadas con discapacidad, las hacen "sentir más femeninas".

¿Cuáles son las expectativas y la imagen que la sociedad tiene con respecto a una mujer con discapacidad? Con expresión triste, una de nuestras participantes dijo: "a las mujeres discapacitadas se las ve como niños". Otra mujer habló de una imagen de ancianidad. Es decir, a las mujeres con discapacidad se las observa como dependientes y necesitadas de cuidados; ellas mismas no pueden ser cuidadoras. BROWNE y cols. (1985, pág. 13) escribió: "Se supone que la dependencia y el infantilismo conforman la totalidad de nuestra existencia". (Véase también HANNAFORD, 1985.)

Un elemento importante en la discriminación es que muchas personas tratan a las mujeres con discapacidad —y, en menor medida, a los hombres en su misma situación— como si fueran incapaces de ser independientes. En ocasiones, incluso los padres hablan de su hija con discapacidad como si ella no estuviera

presente o no fuera lo suficientemente responsable como para participar en la conversación.

Nuestro análisis de las asociaciones libres de los estudiantes de grado, sumado al trabajo realizado por otras personas, apoya la visión de que estas imágenes discriminatorias permanecen fuertes en los EE.UU. En nuestro estudio, solicitamos a cada estudiante que escribiera tres asociaciones verbales relacionadas con "mujer con discapacidad" y, antes o después, con "mujer" (además de con respecto a otros conceptos). El contraste entre las respuestas es muy marcado. Entre las asociaciones que surgieron en torno a "mujer" se encuentran la sexualidad (por ejemplo: suave, adorable, orgasmo), el trabajo (por ejemplo: inteligente, líder, carrera) o los papeles de madre y esposa (casada, madre, embarazada). Pero en el caso de "mujer con discapacidad" ese tipo de asociaciones fue muy infrecuente. En cambio, estas mujeres llevaron a los encuestados a hacer asociaciones como "vieja" o "débil". Analicemos con mayor profundidad tres funciones relacionadas con el cuidado del otro.

Ser madre. "Si una mujer no puede tener hijos —dijo uno de los participantes— eso la hace menos mujer". El papel de madre "es central en la vida de las mujeres" (THOMPSON, 1988, pág. 4); implica un reconocimiento social positivo y es uno de los pocos papeles que están al alcance de las mujeres pobres y jóvenes. En nuestras entrevistas con mujeres con discapacidad oímos repetidas veces que los médicos, los padres y otras personas les dijeron que no debían quedarse embarazadas. A algunas incluso les recomendaron que se sometieran a una ligadura de trompas. En las clases de educación especial y en los programas de rehabilitación se les ofrecía poca o ninguna preparación para desempeñar el papel de madre. Una encuestada dijo: "Mucha gente no acepta la idea de que una mujer con discapacidad tenga un hijo" y, según otra: "Hasta mi familia quedaría consternada si yo tuviera hijos". Algunos tribunales están de acuerdo con esto: en un caso reciente que obtuvo mucha publicidad, la californiana Tiffany Callo —que utilizaba una silla de ruedas debido a una parálisis cerebral— fue obligada a dar a sus dos hijos en adopción. Muchas de nuestras encuestadas tenían educación superior pero, aun así, algunos de sus parientes y amigos no podían verlas como madres.

Por supuesto que la maternidad tiene un lado increíblemente positivo para la mayoría de las mujeres, incluso para aquellas con discapacidad. Conlleva desafíos y ajustes y un sentimiento especial de logro (véase SHAUL y cols., 1985, págs. 139-140). Una de las participantes dijo: "Mi maternidad preocupa a todos los demás. Hasta mi propia madre cree que yo no debería tener hijos nunca. Pero definitivamente no es algo que me preocupe a mí. Tendré que dedicar más tiempo para hacer las cosas, pero las haré [de todas maneras]".

Ser esposa. ¿Qué es una esposa? En la sociedad occidental a menudo esto se ve como un papel de auxiliar que combina, entre otras cosas, ser empleada doméstica, niñera, secretaria social y prestadora de servicios sexuales. Tal vez a todos nos vendría bien una esposa; incluyendo, por supuesto, a las mujeres. Pero para algunas mujeres con discapacidad puede llegar a ser difícil cumplir con lo que se espera de la "esposa modelo". Después de todo, algunas pueden no ser capaces de limpiar la casa o de hablar por un teléfono normal. Una de las encues-

tadas comentó: "Existe una gran diferencia entre un esposo y una esposa con discapacidad. Un esposo con discapacidad necesita una esposa que lo cuide, pero la sociedad no considera que una esposa con discapacidad sea capaz de brindar cuidados a un esposo que no tiene discapacidad". Más aun, no se espera que el esposo sea el cuidador. "Hasta hace poco tiempo estaba comprometida", dijo una de las mujeres de nuestro estudio, y continuó: "A su familia le costaba verme como una persona capaz de ocuparme de él... Lo veían constantemente haciendo cosas por mí". Tal vez esa sea la razón por la que los matrimonios de tantas mujeres que adquieren una discapacidad terminan en divorcio o en separación.

El desafío de la comprensión mutua es la razón por la que muchas mujeres con discapacidad forman pareja con hombres con discapacidad. "Cuando tratas con alguien que también tiene una discapacidad —comentó una estudiante— esa persona comprende las dificultades... Es más fácil tener una relación."

Ser una pareja sexual. Muchos hombres sueñan con una pareja sexual del estilo de las mujeres de la revista *Playboy*: un cuerpo hermoso que preste una variedad de servicios sexuales. Sin embargo, son muy pocos los hombres que consideran un objeto sexual a una mujer con una discapacidad visible. De hecho, para muchas personas una relación íntima con una persona en esas condiciones puede llegar a ser tabú (véase HAHN, 1981, pág. 224). La edición de *Playboy* de julio de 1987 presentó a Ellen Stohi, una mujer con una incapacidad motora; pero las fotografías en que aparecía desnuda no revelaban su discapacidad.

En cuanto a la mujer que tiene una discapacidad, la sexualidad es algo que se niega con frecuencia. "De hecho, suele suponerse que no tiene una vida sexual o que no desea tenerla" (HANNAFORD, 1985, pág. 78; véase también HAHN, 1981 y MORRIS, 1989). Muchos padres piensan de la misma manera (véase Rousso, 1988). Incluso si una mujer era sexualmente activa antes de la incapacidad, después de ella se considera que se perdió ese aspecto de su persona. De acuerdo a una de las encuestadas: "Es triste que se espere que una parte de tu femineidad se termine con la discapacidad". Respecto al novio que tenía antes del accidente que le causó una incapacidad, ANDERSON (1985, pág. 276), escribió: "Tuve que dejarlo... Sentía que no podía darle lo que él necesitaba. Sentía que mi vida sexual se había terminado".

DUFFY (1981, pág. 95) lo expresó muy bien: "Las hormonas no saben de impedimentos". Por supuesto, una discapacidad física puede tranquilamente incapacitar algunos aspectos del funcionamiento sexual (véase MORRIS, 1989, págs. 89-92) y necesitar ajustes. "Mi sexualidad no tiene nada raro. Realmente la disfruto", dijo una encuestada con parálisis cerebral.

Atractivo físico. La belleza —escribió BANNER (1983, pág. 9)— es "una categoría especial de experiencia femenina". "Para valer la pena", escribieron SANFORD y DONOVAN (1981, pág. 371) "se espera que seamos altas y extremadamente delgadas, con grandes pechos femeninos, pero las caderas de un chiquillo y sin imperfecciones en nuestros rasgos faciales". Según BOGLE y SHAUL (1981, pág. 92): "El símbolo sexual impuesto por los medios de comunicación de nuestros días es un modelo imposible de cumplir para cualquier mujer, pero la discapacidad te sitúa en una desventaja aun mayor. Si pasas la mayor parte del tiempo

en una silla de ruedas y si usas aparatos de ortodoncia y tienes escoliosis no importa lo que hagas, nunca te parecerás a Cheryl Tiegs o a Marilyn Monroe".

En la mente de algunos observadores, y en la de algunas mujeres con discapacidad, ésta se equipara con la falta de atractivo. En una de nuestras encuestas encontramos que el concepto "mujer" se vincula con frecuencia a asociaciones de belleza, mientras que "mujer con discapacidad" evoca asociaciones como "fea" y "desagradable". La mujer con una discapacidad puede tener una imagen corporal deficiente, lo que a su vez se vincula con un temor al rechazo que la lleva a evitar los encuentros sociales, las relaciones íntimas y las oportunidades laborales. De acuerdo a su propia experiencia, JOYCE (1990, pág. 9) comenta: "Las personas que sufrieron amputaciones, especialmente los adolescentes y las mujeres, pueden sentirse mutiladas y faltas de atractivo". (Véase también HUTCHINSON, 1988.)

Las consecuencias sociales y económicas del atractivo o falta de atracción física son profundas. En un importante compendio de investigación (PATZER, 1985, pág. 1) se observó:

El atractivo físico es la característica personal más visible y a la que se accede más fácilmente. De manera constante y frecuente también se considera al atractivo físico como un indicador de cómo es la persona... Por regla general, cuanto más atractiva físicamente es una persona se la percibe de manera más positiva, obtiene una respuesta más favorable y tiene más éxito en su vida personal y profesional.

A las personas menos atractivas se las percibe como relativamente faltas de inteligencia, insensibles, poco interesantes, insoportables, aburridas, sexualmente frías, tristes, pasivas, distantes y rígidas y tienen menos posibilidades de que se las prefiera para formar relaciones laborales, de pareja y matrimonio. (La falta de atractivo incluso se "irradia" al compañero.) Que los cambios físicos puedan tener un impacto tan significativo dice mucho de la importancia del atractivo. "Algunos padres que sometieron a sus hijos con Síndrome de Down a cirugías estéticas —dice ASCH (1984, pág. 53)— descubrieron que sus capacidades intelectuales y aptitudes sociales mejoraron una vez que dejaron la carga del estigma del 'aspecto mongoloide'".

Concepto de sí mismo

"No me lamento nada por tener una discapacidad", afirmó una de nuestras encuestadas. Creemos que su actitud es la excepción a la regla. La reflexión de JOHNSON (1986, pág. 28) es más típica: "No se soporta bien tener una discapacidad y ser mujer". Es absolutamente posible que los bajos niveles de participación y una cultura imbuida de sexismo, discriminación contra personas con discapacidad y el "factor adicional" mujer/discapacidad tengan un impacto fortísimo en el autoconcepto de muchas mujeres con discapacidad. Y, para aquellas que adquirieron la incapacidad después de nacer, está además el impacto de la experiencia de convertirse en una persona con discapacidad y la sensación de privación relativa que eso genera. SXTON y HOWE (1987, pág. 1) dicen: "La pérdida de una función corporal se convierte en la pérdida del sentido de identidad..." Los poe-

mas que figuran en el volumen que ellos editaron hablan del cuerpo como algo "que se va" y que "se convierte en un extraño".

Imagen de sí mismo. Las mujeres con discapacidad conocen —y muy a menudo aceptan— la imagen que tienen de ellas los integrantes de la sociedad en general. Tal como lo expresan SAXTON y HOWE (1987, pág. 105): "Al ser el blanco de suposiciones incorrectas, nociones estereotipadas y mensajes que invalidan quienes somos —a veces incluso de parte de nuestros familiares y amigos más cercanos— comenzamos a creer que son ciertos; interiorizamos la opresión".

La persona que tiene una discapacidad puede ser objeto de comentarios y comportamientos nocivos para su propia imagen desde la primera infancia. "Siempre se burlaron de mí en la escuela", recordó una de las participantes en la encuesta. Según BROWNE y cols. (1986, pág. 129): "En cuanto niños con discapacidad solemos convertirnos en chivos expiatorios de un sistema familiar ya agotado y agónico y cargamos con el peso de las frustraciones y resentimientos de la familia... Podemos llegar a creer que somos culpables de tener una discapacidad y de causar problemas a la familia". O bien pueden ser aquellos integrantes de la familia que se sienten responsables de la incapacidad física del otro los que sientan culpa, la que a veces lleva a la sobreprotección y, en consecuencia, a negar las posibilidades de ser independiente. "Las madres de niños con discapacidad son definitivamente sobreprotectoras", dijo una de las personas que participó del estudio en un tono apesadumbrado.

Obviamente, la autoestima se ve comprometida. Lamentablemente, "nuestro nivel de autoestima atañe prácticamente a todo lo que pensamos, decimos y hacemos. Afecta a cómo vemos el mundo y el lugar que ocupamos en él..." (SANFORD y DONOVAN, 1984, pág. 3). La autoestima es comparativamente baja entre las mujeres y parece ser especialmente baja entre las mujeres con discapacidad. De acuerdo a los comentarios de una de las participantes:

Las mujeres con discapacidad tienen una imagen de sí mismas que refleja la que tiene de ellas el resto del mundo: que no pueden hacer [nada] y que ni siquiera deberían intentarlo. Por lo tanto, no pretenden derribar los obstáculos o lo intentan solamente a medias... Dicen "está bien así"... Y es muy difícil luchar contra los prejuicios en el mercado laboral o incluso contra los de tu propia familia. Entonces, se cruzan de brazos pasivamente.

Aquellos que transmiten a las mujeres con discapacidad la imagen que la sociedad tiene de ellas son las personas más importantes en su vida —sus maestros, médicos y sus padres— (véase DUFFY, 1981; YUKER, 1988). A menudo oímos de parte de nuestras encuestadas que estas personas tan importantes en sus vidas emiten mensajes verbales y no verbales que son completamente equiparables con el sexismo y la discriminación contra las personas con discapacidad de la sociedad en general. WAGNER (1985, pág. 60) dice que las personas le ofrecían su ayuda demasiado rápido. "Se apuraban para terminar tareas que yo ya había comenzado o empezaban otras antes de que yo pudiera hacerlo. Sentía que no era aceptable que yo realizara las cosas a mi manera, que de alguna forma ya no era competente o no era una persona completa". Debe tenerse en cuenta que el impacto psicológico de tal comportamiento (o de la imaginación de

dicho comportamiento) puede verse exagerado por la mujer con discapacidad, quien tiende a encontrar la evidencia que confirma sus expectativas (véase KREMER y STRENTA, 1980, pág. 864).

Los maestros, desde el preescolar hasta los niveles de educación superior, pueden llegar a transmitir visiones de las mujeres con discapacidad relacionadas con el estigma. Un profesor le dijo a una de nuestras participantes graduadas: "Todo lo que puedes ser es esteticista. No esperes nada más... No tienes ninguna posibilidad de triunfar". Actualmente, esta estudiante está realizando su tesis doctoral. En cuanto a los profesionales de la medicina, se ha observado muchas veces el trato diferencial otorgado a hombres y mujeres. WALLEN y cols. (1979), por ejemplo, descubrieron que los médicos que atienden pacientes femeninas suelen proporcionarles información imprecisa, por lo que los diagnósticos psicológicos en comparación con los fisiológicos y ser pesimistas respecto a la recuperación. Semejante comportamiento tiene consecuencias obvias en el bienestar de las mujeres con discapacidad.

El mensaje paternal, de acuerdo a las palabras de una de las encuestadas, es: "queremos que te quedes aquí [en casa] hasta que estés vieja y canosa", y agregó: "Me alegro de haber podido salir de allí". BORSAY (1990, pág. 115) afirma que "brindar cuidados a todos los parientes es algo que está fuertemente vinculado al modelo de maternidad. En consecuencia, la asistencia queda enmarcada en términos del niño inmaduro". Y continúa: "Por lo tanto, si bien esto puede suceder inadvertidamente, el modelo maternal convierte el cuidado familiar en una forma de control social mediante el que se estigmatiza a los adultos con discapacidad al tratarlos como niños".

Por supuesto que estas circunstancias representan posibles desafíos. "Nos desvolvemos en un nivel muy básico que nos hace enorgullecernos de nosotras mismas. Nos enfrentamos a cuestiones de desempleo, autonomía y control de manera cotidiana, y nuestra lucha nos ayuda a crecer", (WAGNER, 1985, pág. 61).

Papeles elegidos por ellas mismas. Debido a los bajos niveles de participación reinantes, las escasas expectativas por parte de los demás y los bajos conceptos de sí mismas, algunos observadores caracterizaron a las mujeres con discapacidad mediante el uso de términos como "indefinición social" y "falta de función". En nuestra opinión, esto dista de ser correcto. Un punto de partida útil es la sugerencia de PARSONS (1951) de que existe un "papel del enfermo". Entre los aspectos de este rol se encuentran la exención de las responsabilidades normales y la necesidad de cuidado. Claramente, el concepto reinante sobre las mujeres con discapacidad se basa en parte en una imposición de la idea de "enfermedad" a las personas que tienen "discapacidad". Después de todo, ya vimos que se considera que las mujeres con discapacidad no son capaces de funcionar como esposas, madres o compañeras sexuales, y que necesitan recibir cuidados.

Dada la situación sociocultural que hace que se espere que las mujeres con discapacidad se comporten de acuerdo al papel del enfermo, nuestras observaciones nos llevan a concluir que hay dos respuestas modales: la aceptación o el rechazo de ese papel. La aceptación minimiza la participación sociocultural y la dependencia puede así convertirse en el estilo de vida culturalmente aceptable para la mujer (DUBROW, 1965). Si a una persona se la exceptúa de los papeles sociales normales, la condición estigmatizada adquiere una predominancia aún

mayor. COLEMAN (1986, pág. 223) afirma que la identidad negativa "impide que la persona estigmatizada desarrolle otras partes de su identidad".

Es posible que la aceptación del papel del enfermo sea más común entre las mujeres con discapacidad que entre los hombres en su misma situación. FINE y ASCH (1985, págs. 8-9) sugieren que, en comparación con los hombres, es más posible que las mujeres interioricen el rechazo social y se vean a sí mismas como "personas con discapacidad". En nuestras entrevistas, las participantes mencionaron, con frecuencia, las diferencias entre los hombres y las mujeres con discapacidad. "Es más fácil para un hombre sacar a la gente de su camino", dijo una de ellas. Al no exigir, dijo otra, muchas mujeres con discapacidad cometen "suicidio mental". Según una tercera: "Los hombres son más duros. No quieren que la discapacidad los afecte. Ellos desean algo y lo quieren ya... A mí me cuesta exigir cosas". Las respuestas de los residentes de la comunidad y de los estudiantes universitarios indican que se espera debilidad, pasividad y dependencia de las mujeres con discapacidad.

El rechazo del papel del enfermo, en cambio, conduce a esfuerzos por aceptar responsabilidades y lograr independencia, al igual que a una mayor variedad de papeles en los sistemas social, educativo y económico. Tal vez se pueda decir que estas mujeres eligieron para sí mismas el papel de mujer con discapacidad —o, incluso, simplemente el de *mujer*— que se enfrenta a un "desafío". Según WEINBERG (1988, pág. 151): "Algunas de las personas que aceptan su discapacidad la ven como un desafío, y estar a la altura del desafío les deja una sensación de satisfacción y confianza especial".

Una notable minoría de nuestras encuestadas eran mujeres de esta última condición. Una dijo: "Yo soy muy consciente de mi papel de mujer con discapacidad". Para ella no hay diferencia entre el papel de la mujer y el papel de la persona con discapacidad porque ahora los dos están fusionados. "Mi función es demostrar qué es lo que puede hacer una 'mujer con discapacidad'... ¿No son admirables las mujeres con discapacidad?". Claramente, para ella tener una discapacidad era vigorizante. Otra de las participantes en el estudio dijo: "Tal vez yo sería una chica corriente y estaría casada. Pero tengo una incapacidad y quiero compensar por ella".

Conclusiones

Todas las mujeres con discapacidad, ya sea que la cuestionen o la acepten, parecen encararse a la suma de dos impedimentos: deben enfrentarse al sexismo y a la discriminación contra las personas con discapacidad y al "factor adicional" conformed por el binomio mujer/discapacidad, el que también genera un impedimento que sólo les afecta a ellas. Obviamente, esta situación sociocultural tiene sus consecuencias. Nuestra investigación aporta suficientes justificaciones para sostener que, en promedio, las mujeres con discapacidad tienen niveles relativamente bajos de participación y también conceptos de sí mismas relativamente bajos o limitantes.

En nuestra opinión, las relaciones que se producen en cada uno de los binomios que se establecen con estos tres factores —participación, sistema sociocultural y concepto de sí mismo— son recíprocas; es decir, existe una causalidad

circular entre ellos. Sin embargo, los métodos de investigación que utilizamos en esta etapa de nuestro trabajo no convierten a nuestros puntos de vista en más que sugerentes hipótesis de trabajo para el futuro. Claramente, hay líneas de investigación prometedoras a la espera de un análisis longitudinal multifactorial.

Aunque nuestro trabajo se realizó bajo la guía de una perspectiva triangular en la que se incluyeron la participación, el sistema sociocultural y el concepto de sí mismo, creemos que este triángulo en realidad forma parte de un conjunto de relaciones más complejo del que participan tanto el individuo como la comunidad. Los conjuntos de factores principalmente individuales incluyen los recursos (por ejemplo, dinero e información), la condición física (por ejemplo, grado de incapacidad), el grado de participación y las actitudes hacia sí misma y hacia la comunidad; los factores en el ámbito comunitario incluyen los recursos (por ejemplo, el sistema de salud), el entorno físico (por ejemplo, las dificultades en cuanto a accesibilidad), las culturas y sub-culturas y los patrones de comportamiento.

En nuestra opinión, cada factor impacta sobre todos los demás en una compleja red de causalidad circular. Simplemente, para dar un ejemplo que va más allá del trabajo que acabamos de comentar, al parecer la pobreza conduce a una salud deficiente y a un cuidado de la salud deficiente, un cuidado de la salud deficiente contribuye a una salud deficiente, una salud deficiente incrementa las posibilidades de tener una discapacidad física, y la discapacidad aumenta las posibilidades de ser pobre. En cuanto a esto, HEYMAN y cols. (1990, pág. 182) escribieron: "La relación entre clase e impedimento probablemente se deba tanto a que las personas con impedimentos tienen un estatus socioeconómico bajo como a que el estatus bajo se asocia a condiciones que generan incapacidad".

Evidentemente, aquí interactúan poderosas fuerzas de causalidad circular. Es igual de claro que la agenda de los académicos que trabajan en el ámbito de género y discapacidad es compleja, exigente y un reto para todos. Por supuesto que el punto más importante en esa agenda debe suponer que muchas de esas investigaciones tengan básicamente un valor histórico de como eliminar las barreras —ya sean socioculturales o de otra clase— que impiden la participación igualitaria y el refuerzo del concepto de sí mismos de las personas con discapacidad.

Agradecimientos

Queremos manifestar nuestra gratitud a Jack McNeil del Departamento de Censos de los EE.UU. por facilitarnos la adquisición y uso de la encuesta especial de ingresos y programas de participación (*Survey of Income and Program Participation*, SIPP); a Nina M. Hill por proporcionarnos la cinta con la información del estudio de Harris, a Alicia Seegrift por la ayuda de SAS, a Robin Miller por su asistencia experta en cuanto a bibliografía y otros temas, y a las diversas mujeres que forman parte de la comunidad de personas con discapacidad que con su cooperación y apoyo hicieron posibles nuestros trabajos. También queremos dar las gracias a Adrienne Asch, cuyas ideas sobre los atentos cuidados fueron de gran ayuda; y a los críticos anónimos de la publicación por sus provocativos comentarios. Este proyecto es posible, en parte, gracias a las ayudas de la Escuela de Estudios de Posgrado y de la Facultad de Ecología Humana de la Universidad de Maryland en la ciudad de College Park.

Referencias

- ALTMAN, B. (1985). "Disabled women in the social structure", en: S. E. BROWNE, D. CONNORS y N. STERN (Eds.). *With the Power of Each Breath: a disabled women's anthology*, Pittsburgh, PA, Cleis Press.
- ANDERSON, L. (1985). "The Lois Anderson story", en: S. E. BROWNE, D. CONNORS y N. STERN (Eds.). *With the Power of Each Breath: a disabled women's anthology*, Pittsburgh, PA, Cleis Press.
- BANNER, L. W. (1983). *American Beauty*, Nueva York, Knopf.
- BECKER, G. y ARNOLD, R. (1986). "Stigma as a social and cultural construct", en: S. C. ANINLAY, G. BECKER y L. M. COLEMAN (Eds.). *The Dilemma of Difference: a multi-disciplinary view of stigma*, Nueva York, Plenum.
- BOGLE, J. E. y SHAUL, S. L. (1981). "Body image and the woman with a disability", en: D. G. BULLARD y S. E. KNIGHT (Eds.). *Sexuality and Physical Disability: personal perspectives*, St Louis, MO, C. V. Mosby.
- BORSAY, A. (1990). "Disability and attitudes to family care in Britain: towards a sociological perspective", *Disability, Handicap & Society*, 5, págs. 107-122.
- BROWNE, S. E., CONNORS, D. y STERN, N. (1985). *With the Power of Each Breath: a disabled women's anthology*, Pittsburgh, PA, Cleis Press.
- BUREAU OF THE CENSUS (1984). *Survey of Income and Program Participation*, SIPP84-R3, Washington, DC, US Department of Commerce.
- COLEMAN, L. M. (1986). "Stigma: an enigma demystified", en: S. C. ANINLAY, G. BECKER y L. M. COLEMAN (Eds.). *The Dilemma of Difference: a multidisciplinary view of stigma*, Nueva York, Plenum.
- DEEGAN, M. J. y BROOKS, N. A. (Eds.) (1985). *Women and Disability: the double handicap*, New Brunswick, NJ, Transaction.
- DUBROW, A. L. (1965). "Attitudes towards disability", *Journal of Rehabilitation*, 31(4), págs. 25-26.
- DUFFY, Y. (1981). *All Things Are Possible*, Ann Arbor, MI, A. J. Garvin.
- ELLEN, V. (1983-84). "Women and disability: an international perspective", *Rehabilitation World*, 7(4), págs. 9-13.
- FINE, M. y ASCH, A. (1985). "Disabled women: sexism without the pedestal", en: M. J. DEEGAN y N. A. BROOKS (Eds.). *Women and Disability: the double handicap*, New Brunswick, NJ, Transaction.
- y ASCH, A. (Eds.) (1988). *Women with Disabilities: essays in psychology, culture, and politics*, Philadelphia, PA, Temple University Press.
- GOFFMAN, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- HAHN, H. (1981). "The social component of sexuality and disability: some problems and proposals", *Sexuality & Disability*, 4, págs. 220-233.
- HANNA, W. (1986). "Women with disabilities: free associations and attributions, obra inédita. — y cols. (1980). *Equity for the Disabled*, Bethesda, MD, H&HA.
- HANNAFORD, S. (1985). *Living Outside Inside: a disabled woman's experience*, Berkeley, CA, Canterbury.
- HEYMAN, B. y cols. (1990). "Social class and the prevalence of handicapping conditions", *Disability, Handicap & Society*, 5, 167-184.
- HUTCHINSON, M. G. (1989). *Transforming Body Image: learning to love the body you have*, Freedom, CA, Crossing Press.
- JOHNSON, M. (1986). "Ending the aloneness", *Disability Rag*, Marzo-Abril, págs. 28-29.
- JOYCE, S. (1990). "My lost foot: adjusting after an amputation", *Washington Post Health*, Octubre 23, pág. 9.
- KLECK, R. E. y STRENTA, A. (1980). "Perceptions of the impact of negatively valued physical characteristics on social interaction", *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), págs. 861-873.

- LENER, M. J. (1970). "The desire for justice and reactions to victims", en: J. MACAULEY y L. BERKOWITZ (Eds.). *Altruism and Helping Behavior*, Nueva York, Academic Press.
- LOUIS HARRIS Y ASSOCIATES (1986). *The ICD Survey of Disabled Americans*, Nueva York, International Center for the Handicapped.
- MORRIS, J. (1989). *Able Lives: women's experience of paralysis*, Londres, Women's Press.
- PARSONS, T. (1951). *The Social System*, Glencoe, IL, Free Press.
- PATZER, G. L. (1985). *The Physical Attractiveness Phenomena*, Nueva York, Plenum.
- ROUSO, M. (1985). *Daughters with Disabilities: defective women or minority women*, en: M. FINE y A. ASCH (Eds.). *Women with Disabilities: essays in psychology, culture, and politics*, Philadelphia, PA, Temple University Press.
- SAFILIOS-ROTHSCHILD, C. (1970). *The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation*, Nueva York, Random House.
- SANFORD, L. T. y DONOVAN, M. E. (1984). *Women and Self-esteem: understanding and improving the way we think and feel about ourselves*, Garden City, NY, Anchor/Doubleday.
- SAXTON, M. y HOWE, F. (Eds.). *With Wings: an anthology of literature by and about women with disabilities*, Nueva York, Feminist Press.
- SHAUL, S., DOWLING, P. y LADEN, B. F. (1985). "Like other women: perspectives of mothers with physical disabilities", en: M. J. DEEGAN y N. A. BROOKS (Eds.). *Women and Disability: the double handicap*, New Brunswick, NJ, Transaction.
- SHERR, R. L. y WRITE, B. A. (1985). "Foreword", en: M. J. DEEGAN y N. A. BROOKS (Eds.). *Women and Disability: the double handicap*, New Brunswick, NJ, Transaction.
- SILLER, J. y cols. (1967). *Studies in Reactions to Disability. II: attitudes of the nondisabled toward the physically disabled*, Nueva York, New York University School of Education.
- THOMPSON, L. (1988). "Feminist resources for applied family studies", *Family Relations*, 37, págs. 1-6.
- TURNER, B. S. (1985). *The Body and Society: explorations in social theory*, Oxford, Basil Blackwell.
- WAGNER, M. (1985). "A four-wheeled journey", en: S. E. BROWNE, D. CONNORS y N. STERN (Eds.). *With the Power of Each Breath: a disabled women's anthology*, Pittsburgh, PA, Cleis Press.
- WALLEN, J. y cols. (1979). "Physician stereotypes about female health and illness: a study of patient's sex and the informative process during medical interviews", *Women & Health*, 4(2), págs. 135-146.
- WEINBERG, N. (1988). "Another perspective: attitudes of people with disabilities", en: H. E. YUKER (Ed.). *Attitudes toward Persons with Disabilities*, Nueva York, Springer-Verlag.
- YUKER, H. E. (1988). *Attitudes toward Persons with Disabilities*, Nueva York, Springer-Verlag.