

Ensenyar habilitats d'ús del vàter a dues persones amb discapacitat intel·lectual severa

J. Font, D. Simó, E. M. Lizarraga, M. Sobrino, S. Urios, M. Riera, A. Gomila

Resum: L'ensenyament d'ús del vàter esdevé un objectiu prioritari en el moment de treballar amb persones amb discapacitat intel·lectual. Aquest article proposa dos programes intensius per treballar el control d'esfínters amb un alumne d'una escola d'educació especial i amb una usuària d'un centre d'atenció especialitzada. Els resultats indiquen, tot i les dificultats existents, millores importants després de les intervencions proposades, si bé es manifesta la necessitat d'una intervenció sistemàtica, intensa i de llarga durada. Al final, es comenten els resultats pel que fa a la importància d'aquest aprenentatge en les persones amb discapacitat severa i profunda, així com les implicacions educatives i rehabilitadores que se'n deriven.

Descriptors: Ensenyament d'ús del vàter. Incontinència. Discapacitat intel·lectual.

Toilet training two people with several intellectual disability

Abstract: The use of toilet training becomes a priority when working with people with intellectual disabilities. This article suggests two intensive toilet programs to work with a student and a woman with intellectual disabilities. Despite some difficulties and the need for systematic, intense and long lasting intervention, the results indicate significant improvements after the program. Finally, the results are discussed in relation to the importance of the learning of this skill for people with severe and profound disabilities, as well as rehabilitative and educational implications derived.

Key words: Toilette training. Incontinence. Intellectual disability.

Introducció

Aprendre les habilitats d'ús del vàter és un dels aprenentatges de cura personal més desitjats i importants per als infants amb discapacitat (BROWN, 2006; KIRCAI-IFAR i col., 2009). De fet, el control d'esfínters o la incontinència ha esdevingut un element clau en l'educació de les persones amb discapacitat (AZRIN, BUGLE i O'BRIEN, 1971; LUISELLI, 1994; KROEGER i SORENSEN-BURNWORTH, 2009), ja que treballar aquestes habilitats representa una part important del desenvolupament de les persones perquè esdevinguin independents i siguin acceptades socialment (KINGSTON, 1995). Alhora, els permet desenvolupar un sentit de responsabilitat i d'autoconfiança (CICERO i PFADT, 2002).

És cert que la incontinència urinària o fecal (durant el dia i la nit) (AVERINK, MELEIN i DUKER, 2005; DIDDEN i col., 2001) és una dificultat força comuna en les persones amb discapacitats severes o múltiples (DUKER, AVERINK i

MELEIN, 2001). Quan una persona no és capaç d'anar al lavabo de manera independent, aquest fet pot comportar diferents conseqüències negatives (TARBOX, WILLIAMS i FRIMAN, 2004). Entre aquestes conseqüències, podem incloure un descontentament físic (CICERO i PFADT, 2002), una disminució en la participació en les activitats comunitàries (CICERO i PFADT, 2002; DIDDEN i col., 2001) o en activitats educatives i d'oci (DUKER, AVERINK i MELEIN, 2001) i una disminució en la higiene personal (CICERO i PFADT, 2002), al mateix temps que poden crear irritacions o infeccions (DIDDEN i col., 2001).

Afortunadament, tal com assenyala Brown (2006), cada vegada més es pot trobar un ampli gruix de recerca publicada sobre el control d'esfínters. En una revisió feta de les diferents recerques dutes a terme al llarg de la darrera dècada, s'observa que moltes (CICERO i PFADT, 2002; DIDDEN i col., 2001; SALOVIITA, 2002; LEBLANC i col. 2005; BROWN, 2006; KROEGER i SORENSEN, 2010) són adaptacions del mètode utilitzat per Azrin i Foxx (1971) amb persones

amb retard mental profund que, d'aquesta manera, ha esdevingut un mètode pioner en aquest camp.

Tenint present la literatura internacional existent, es pot observar que en la majoria dels articles els participants són infants (AVERINK, MELEIN i DUKER, 2005; LUISELLI, 1994; KINGSTON, 1995; CICERO i PFADT, 2002; LEBLANC i col., 2005) tot i que també se'n poden trobar alguns en què els participants són adolescents o adults (SALOVITA, 2002; TARBOX, WILLIAMS i FRIMAN, 2004; BROWN, 2006; AZRIN i FOX, 1971). Tal com assenyalen Kroeger i Sorensen-Burnworth (2009), aquest fet deu ser degut a la tendència actual de potenciar l'atenció primerenca per a les persones amb discapacitat intel·lectual.

Seguint la revisió crítica de control d'esfínters realitzada per Kroeger i Sorensen-Burnworth (2009), es destaca que la majoria dels participants tenen retard mental moderat i retard mental sever o profund (AVERINK, MELEIN i DUKER, 2005; DUKER, AVERINK i MELEIN, 2001; SALOVITA, 2002). A més, totes les intervencions es porten a terme en entorns coneguts pels participants, ja sigui al centre educatiu on estan escolaritzats (KINGSTON, 1995; CICERO i PFADT, 2002; LUISELLI, 1997), a casa o a la residència on viuen (DIDDEN i col., 2001; SALOVITA, 2002), o al lloc de treball (TARBOX, WILLIAMS i FRIMAN, 2004).

Pel que fa a les estratègies utilitzades en les intervencions dels diferents estudis, Kroeger i Sorensen-Burnworth (2009) identifiquen un total de nou components. De major a menor freqüència són: la guia graduada i suport, l'ensenyament basat en el reforçament, l'establiment d'horaris, els programes d'eliminació, la sobre-correcció i el càstig, la hidratació, la manipulació del control d'estímuls, l'ensenyament a la nit per a la continença diürna, i proporcionar informació i models amb vídeo. A més d'aquests components, resulta necessari assenyalar la importància de retirar els bolquers tan bon punt es decideix iniciar la intervenció. A mode d'exemple, es pot fer referència a l'estudi realitzat per Tarbox, Williams i Friman (2004) en el qual es va avaluar l'efecte de portar bolquers en el control d'esfínters d'un noi de 29 anys amb retard mental. Concretament, se centrava a determinar els efectes de l'ús dels bolquers en les habilitats de retenció i èxit. Per fer-ho, la recerca es va dur a terme en l'entorn del treball que realitzava de 9.30 a 14.30 hores els dies laborables i en dues condicions que s'alternaven setmanalment: a) condició de bolquers, i b) condició de no bolquers. Els resultats de l'estudi indiquen que la condició de portar bolquers augmentava el nombre d'accidents i disminuïa l'èxit en el control d'esfínters. Alhora, comenten que entre la condició de bolquers i la condició de no bolquers com a mínim era necessari un dia per tal de recuperar el ritme.

D'altra banda, si es presta atenció als criteris de selecció que s'acostumen a tenir presents en el moment d'iniciar un programa de control d'esfínters, es pot observar

que alguns dels criteris més importants són l'habilitat de retenir l'orina entre 1.30h i 2h (KROEGER i SORENSEN, 2010) i no tenir problemes en el sistema urogenital (AVERINK, MELEIN i DUKER, 2005; DUKER, AVERINK i MELEIN, 2001).

Alguns autors també destaquen la importància de caminar i estar dret durant un període llarg de temps (AVERINK, MELEIN i DUKER, 2005; DUKER, AVERINK i MELEIN, 2001) i l'habilitat d'apujar-se o abaixar-se els pantalons (AVERINK, MELEIN i DUKER, 2005). Snell i Farlow (1993) estableixen tres característiques essencials com a requisits per iniciar l'entrenament en el control d'esfínters: a) tenir una certa estabilitat en el patró d'eliminació; b) mantenir-se sec durant determinats períodes diaris (és a dir, aguantar les eliminacions entre 1 i 2 hores); i c) tenir més de dos anys i mig.

Així i tot, cal ser cautelosos en l'establiment de criteris o requisits concrets, ja que això pot limitar l'accés d'aquest aprenentatge a un determinat tipus d'alumnes. Hem de pensar que, en l'actualitat, disposem d'una diversitat d'estratègies i enfocaments per treballar el control d'esfínters que pot incloure una gran diversitat d'alumnes (KROEGER i SORENSEN-BURNWORTH, 2009).

A nivell d'Estat espanyol, però, són escassos els estudis publicats en els darrers anys. Una recerca empírica és la realitzada per Giné, Nadal i Zaurin (1981) amb un total de catorze infants d'entre 2 i 4 anys d'edat amb retard mental mitjà i sever. Els resultats d'aquest estudi indiquen que mitjançant un ensenyament adequat, s'aconsegueix que els infants adquireixin control d'esfínters en una mitjana de temps de dos mesos. Més recentment, podem trobar un article que proposa un programa de treball (fases del programa, aspectes a tenir presents, etc.) per tal de donar resposta a les inconcontinències que manifesten molts infants amb discapacitat intel·lectual (ROBLES i BASSO, 2008).

Tenint presents les consideracions esmentades, resalta la importància del present article. Així, doncs, la finalitat és mostrar dos exemples diferents d'intervenció per tal de conèixer dues estratègies que poden permetre millorar les pràctiques actuals en el moment de treballar el control d'esfínters. Concretament, els objectius de la intervenció són aconseguir el control d'esfínters, amb un 80% d'eliminacions correctes al vàter, i avaluar i valorar el grau d'impacte d'un programa d'intervenció intensiu i sistemàtic. En primer lloc, es presenten els casos d'un alumne de l'Escola l'Estel, de l'Associació Sant Tomàs de Vic, i d'una dona que assisteix al Centre d'Atenció Especialitzada Bernadette, de la Fundació Hospitalitat de Barcelona. En tots dos casos es donen a conèixer algunes de les característiques més rellevants de cada un dels participants, i de l'entorn on es troben en el moment de dur a terme la intervenció, i el procediment que s'ha seguit. A continuació, es faciliten els resultats i es comenten en relació amb la importància d'aquest tipus d'aprenentatge.

ge per a les persones amb discapacitat intel·lectual severa i profunda, així com les seves implicacions en l'àmbit de l'educació i rehabilitació d'aquestes persones.

Mètode

Participants i entorn

Participant 1

L'O. és un noi d'11 anys que està escolaritzat a l'Escola l'Estel de Vic des del mes de setembre de 2000. Anteriorment, havia assistit a una llar d'infants i a un centre d'atenció precoç. Abans d'iniciar la intervenció no havia participat en cap programa de control d'esfínters.

L'O. presenta una discapacitat intel·lectual de tipus sever, no mostra comunicació verbal i presenta greus dificultats de mobilitat. Col·labora en les rutines de neteja personal i de vestir; es peix tot sol fent servir la cullera i amb la supervisió de l'adult. Fa classificacions molt senzilles seguint el model. Fa demandes simples assenyalant els objectes d'un plafó. Ha començat a utilitzar la pantalla tàctil amb el suport de la mestra. Camina per espais coneguts amb la supervisió de l'adult.

L'O. està en un grup-classe amb altres alumnes que presenten discapacitat intel·lectual. Participa en totes les activitats curriculars que estan programades per al grup-classe i amb el suport de diversos professors. Les activitats curriculars són les que estableix el currículum ordinari, amb les adaptacions pertinents. Rep els serveis de fisioteràpia.

L'O. té un programa individualitzat en el qual es prioritzen la comunicació i la vinculació amb les persones més properes; les habilitats motrius i la mobilitat; els hàbits d'higiene, salut, alimentació i vestit; el coneixement del seu entorn immediat i la participació en activitats socials i comunitàries.

Participant 2

La usuària B. de 34 anys assisteix al centre de dia Bernadette de la Fundació Hospitalitat, de Barcelona, des de l'any 2009. La seva família informa que no havia estat mai escolaritzada i, per tant, no havia participat en cap programa de control d'esfínters.

La B. té discapacitat intel·lectual severa i no té comunicació oral. Tot i la seva manca de treball, és capaç de menjar autònomament i de seguir ordres senzilles com ara «vine» o «agafa aquest objecte».

Algunes de les activitats que més li agraden són les relacionades amb activitats de grup com podria ser estar

assegada a taula treballant amb les seves educadores. Com a activitats individuals, li agrada molt fer un puzzle o jugar amb una joguina de plàstic.

Pel que fa la motricitat, és capaç de desplaçar-se pel centre (principalment per l'aula o pel pati) gatejant o amb el suport d'una persona on poder-se recolzar. Tot i això, quan surt al carrer es desplaça amb cadira de rodes. Al centre rep el servei de fisioteràpia.

Cada dia, la B. acostuma a realitzar les activitats a la mateixa aula o al pati; espais que estan comunicats per una porta corredora. Com que els lavabos del centre queden una mica apartats de la seva aula, es decideix adaptar un dels racons de l'aula tot construint un lavabo amb una cadira d'higiene i vàter, un orinal a sota i una cortina que separa aquest espai de l'aula. Aquest fet permet que, durant la intervenció, les educadores que l'atenen puguin estar a l'aula amb la resta de companys. Pel que fa als companys i professionals que solen a estar amb la B., es tracta de dues educadores i quatre companys més.

Procediment

Disseny 1

Abans d'iniciar la intervenció amb l'O. es demana el consentiment de la família. El programa d'intervenció es basa en els procediments proposats per Didden i col. (2001) i Cicero i Pfadt (2002). Concretament, consta de les següents fases:

- **Línia base**

Abans de començar el programa, es fa un control a l'alumne per tenir una aproximació de cada quan fa pipí i durant quines hores. Per aquest motiu s'utilitza un sistema de registre amb un codi específic (vegeu la Figura 1). La durada de la línia base va ser d'una setmana.

- **Intervenció**

La intervenció consta d'una sèrie de passos que cal seguir de forma sistemàtica i consistent. Aquesta és la part més important de la intervenció i la que en possibilita l'èxit. El procediment en el cas de l'O. consta d'una sèrie de passos que es mostren a la Taula 1. El programa es portava a terme de 9 a 13 del matí i de 14 a 17 de la tarda.

Aquesta sèrie d'accions es va repetint durant tot el temps que dura la intervenció. Mentre no és al vàter, es poden realitzar altres activitats amb el noi.

Des d'un bon inici de la intervenció, s'informa a la família i se li demana col·laboració. En aquest cas, la mare es compromet a seguir el mateix procediment a casa tots els vespres i els caps de setmana.

TAULA 1. Procediment de la intervenció

Durant l'entrenament la roba interior es controla cada 5 minuts i es posa el nen al vàter cada 30 minuts.
Si no es dona un accident
L'alumne pot caminar lliurement pel lavabo quan no està assegut al vàter. L'alumne veu líquids cada 30 minuts. Es posa el nen al vàter cada 30 minuts (donant el mínim d'ajuda). L'alumne roman assegut al vàter fins que fa pipí o uns 5 minuts com a màxim. Es dona un reforçador social o comestible cada 5 minuts per anar sec i per les respostes correctes.
Si es dona un accident
S'informa a l'alumne de forma ràpida i contundent que la seva acció no és correcta. Per exemple, «No O, el pipí s'ha de fer al vàter». S'acompanya l'alumne al vàter i se li abaixa la roba al més ràpid possible. S'agafa roba neta i es canvia l'alumne, sense fer comentaris i amb la major celeritat possible. A continuació es proporciona una pràctica positiva modificada amb els següents passos: Se li diu que vagi al vàter (en aquest cas se li acompanya) Se li abaixa la roba. Que estigui assegut al vàter durant 3 minuts. Se li apuja la roba i se'l fa anar a una altra àrea del lavabo. Aquesta seqüència es repeteix quatre vegades després de cada accident.

Disseny 2

L'horari en què s'ha dut a terme la present intervenció és de 10.30 a 16.00 hores de dilluns a divendres; que coincideix amb l'horari en què l'alumna és al centre. Aquesta intervenció s'ha dut a terme al llarg del darrer curs acadèmic (2009-2010), i en total ha durat 71 dies (5 dies de línia base i 64 d'intervenció). Per tant, les dades enregistrades sumen un total de 365,7 hores (26,5 hores durant la línia base i 339,2 hores durant la intervenció).

Abans d'iniciar la intervenció es demana el consentiment de la mare, que accepta de molt bon grat.

• Línia base

La línia base es realitza al llarg de cinc dies consecutius, fet que permet tenir una primera visió aproximada de en quina hora la B. ha d'anar al vàter. Des del primer dia es treu el bolquer quan la usuària arriba al centre i es torna a posar en el moment de marxar cap a casa. Les educadores acorden oferir amb més freqüència aigua a la usuària (cada 30 minuts se li ofereix una ampolla d'aigua perquè en begui una mica). Alhora, es decideix que a cada hora es porta la B. a seure al vàter. En el cas que orini al vàter, se li dona reforç verbal positiu. Per contra, en el cas que s'ho faci a sobre (accident), no se li diu res i, seguidament, se la neteja i canvia.

• Intervenció

Tal com s'ha fet en la línia base, es decideix treure el bolquer de la usuària, incrementar l'oferta d'aigua al

llarg del dia per promoure que faci més pipí, i portar la usuària a les hores pactades.

Mitjançant el registre de la línia base, s'observa un patró bastant clar del període en què la usuària acostuma a orinar. Tot i això, s'acorda portar-la al vàter cada hora (10.30h, 11.30h, 12.30h, 13.30h, 14.30h i 15.30h). Així, a les hores pactades, es comenta a la usuària que ara ha d'anar al lavabo a orinar «Vinga B., ara toca anar al vàter a fer pipí». Seguidament, se l'ajuda a aixecar-se i se l'acompanya al lavabo. En arribar, se l'ajuda a treure els pantalons que porta i la B. s'asseu al vàter. Tot seguit, se li recorda que «ara és el moment de fer pipí» i s'apropa el bolquer a la vulva per tal que relacioni el fet d'orinar amb el bolquer. Acte seguit, l'educadora que en aquell moment estigui amb la B. s'espera tres minuts abans de prosseguir amb la intervenció. Tal com exposa clarament la Taula 2, si durant aquests tres minuts la usuària orina al vàter (encert), se li dona reforç físic i verbal positiu i, si és necessari, s'intensifica l'ajuda tot proporcionant un objecte preferit amb el qual pugui jugar un període no superior a 5 minuts. En el cas que transcorrin els 3 minuts d'estar asseguda al vàter i la usuària no hagi orinat, no se la premia i s'actua amb normalitat, tot demanant que s'aixequi, ajudant-la a apujar-se els pantalons i seguint amb l'activitat que s'estava duent a terme. D'altra banda, si la usuària té algun accident, quan aquest s'origina se l'acompanya immediatament al vàter, se li abaixen els pantalons i se l'asseu. Al llarg del recorregut se li diu: «Molt malament, B. Hem dit que el pipí es fa al lavabo».

TAULA 2. Procediment de la intervenció

Encerts (orina al vàter)
Se li diu: «Molt bé, B. Has fet pipí al lavabo.» S'acompanya el reforç verbal amb reforç físic (per exemple, carícia). Si en dues setmanes no s'ha aconseguit que orini al vàter cap vegada, s'intensificarà l'ajuda (per exemple, objecte preferit).
No orina
Se li diu: «Bé, ara no has fet pipí. No passa res. Recorda que el pipí el fem al lavabo. D'acord?»
Accident (es fa pipí a sobre)
A la que s'observa que l'alumna comença a orinar, se la porta ràpidament al vàter i se l'asseu. Durant les tres repeticions es verbalitza que cal orinar al vàter: «Molt malament, B. Hem dit que el pipí es fa al lavabo.» Es repeteix el procediment tres vegades.

Aquest procediment es repeteix tres vegades. En acabar, se li canvien els pantalons, es continua fent l'activitat que s'estava realitzant i l'educadora que en aquell moment ha estat amb la B. neteja el terra.

Resultats

Participant 1

El Gràfic 1 mostra els resultats de la intervenció amb l'O., per setmanes i percentatges d'eliminacions correctes i accidents. La línia base mostra un percentatge força elevat d'accidents. Les setmanes 2 i 3 es procedeix a aplicar el procediment elaborat. Com es pot observar, les dades indiquen que hi ha una disminució força significativa dels accidents i un augment considerable de les eliminacions al vàter. Per problemes organitzatius, el procediment es deixa d'aplicar (setmanes 3, 4 i 5). Sense el tractament, l'alumne torna a presentar nivells alts d'accidents, semblants als de la línia base. A la setmana 6 es torna a implantar la intervenció, i es pot observar que, de forma progressiva, l'alumne aconsegueix uns percentatges força acceptables d'eliminacions al vàter. A la setmana 18 es deixa la intervenció perquè coincideix amb el final de curs. Les dades a partir de la setmana 19 són dades exclusives de manteniment i del curs següent. Els resultats indiquen que, després d'un període intens de tractament, l'alumne no solament manté els resultats assolits sinó que, a poc a poc, fa més eliminacions correctes i té menys accidents. Al final l'alumne assoleix l'objectiu d'un 80% d'eliminacions correctes. El recull de les dades indica que les fases de tractament tenen un

efecte clar sobre el control de les eliminacions que no succeeix quan l'alumne no està en tractament.

Participant 2

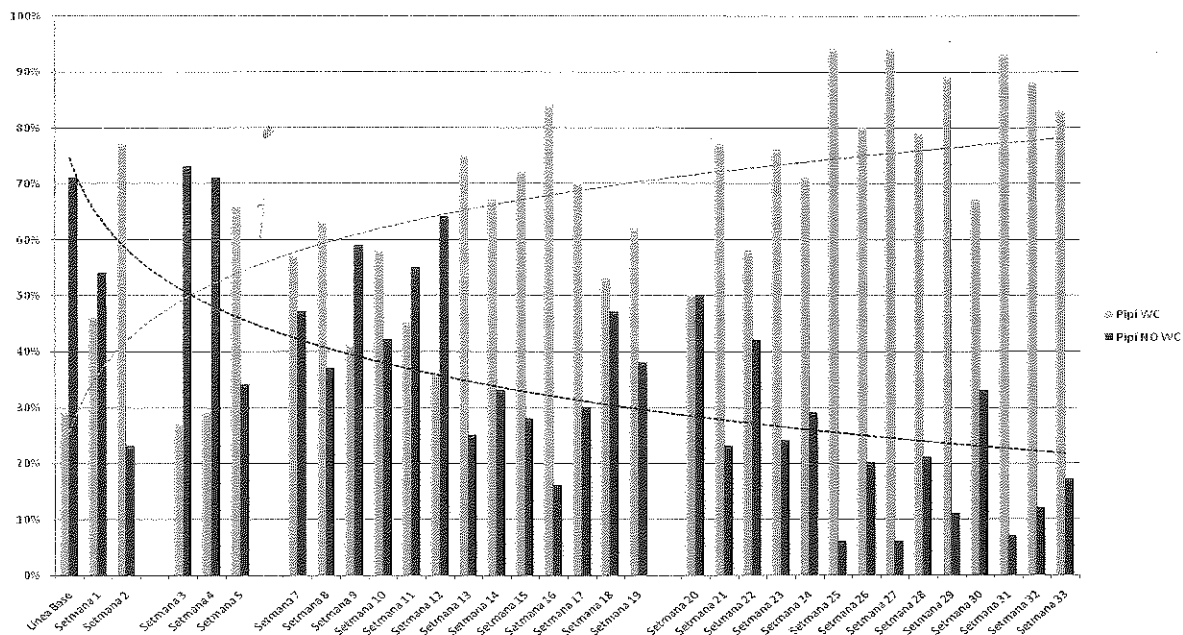
Tal com es pot observar en el Gràfic 2, el percentatge d'accidents al llarg de la línia base és del 100%.

Un cop s'inicia la intervenció (primera setmana), el percentatge d'accidents comença a disminuir i el d'encerts augmenta fins a arribar a una mitjana aproximada del 55% d'encerts entre la segona i la cinquena setmana. A partir d'aquí, el percentatge d'encerts continua augmentant fins a arribar al 100% a la desena setmana. Malgrat que en la novena i dotzena setmanes el percentatge d'accidents és superior al d'encerts, si prestem atenció a les línies logarítmiques del gràfic, que marquen la tendència dels encerts i dels accidents, s'observa que la línia dels accidents tendeix a disminuir, mentre que la dels encerts, a augmentar. Això sí, es tracta d'unes tendències que augmenten i disminueixen lentament i progressiva.

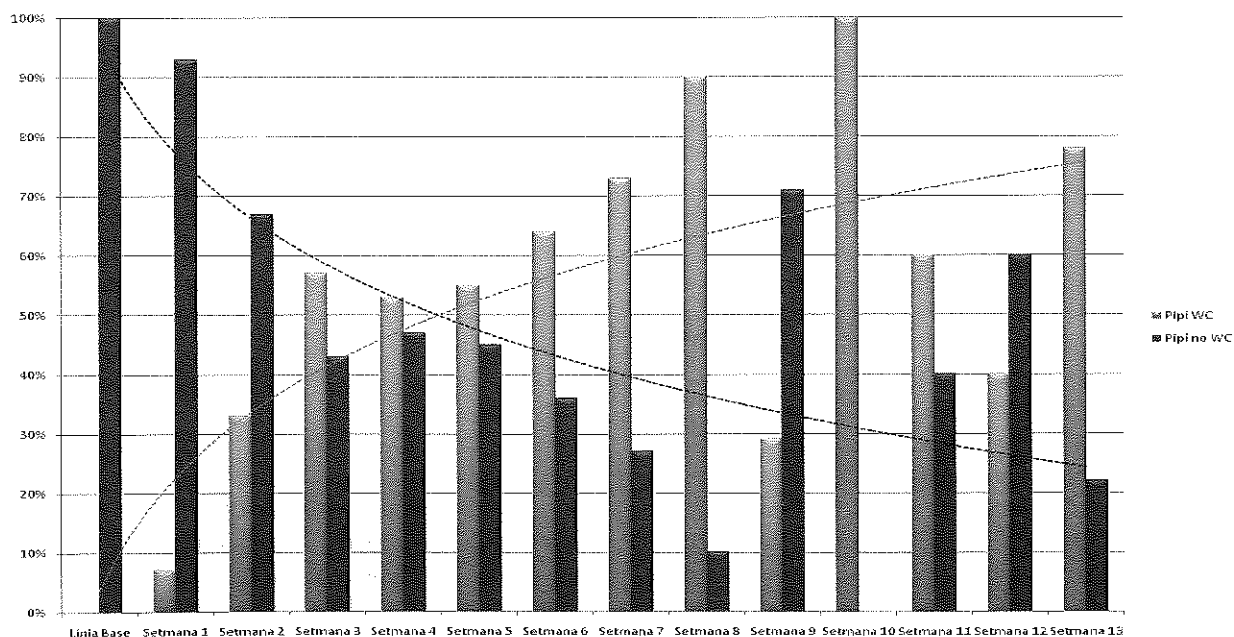
Discussió

Els resultats del present estudi mostren que els programes utilitzats tenen un impacte en l'aprenentatge d'habilitats d'ús del vàter amb persones amb discapacitat intel·lectual severa. Pensem que l'estudi fa unes aportacions importants en l'educació i tractament de les persones que presenten aquest tipus de discapacitat. En primer lloc, les dades i els resultats indiquen que, amb una intervenció sistemàtica, consistent, intensa i de llar-

GRÀFIC 1. Percentatge d'eliminacions correctes i accidents per setmanes de l'O



GRÀFIC 2. Percentatge d'eliminacions correctes i accidents per setmanes de la B



ga durada, es pot aconseguir que les persones amb discapacitat severa adquireixin el control d'esfínters. Hem de tenir en compte que aquesta habilitat proporciona un nivell gran d'autonomia i, al mateix temps, menys dependència dels adults (mestres, cuidadors i pares). Amb massa freqüència es considera que aquesta població no pot assolir aquest tipus d'aprenentatge i, en conseqüència, es fan pocs esforços per intentar-ne l'adquisició. Aconseguir un ús adequat del vàter representa un objectiu molt significatiu i prioritari per a aquestes persones i que els millora sensiblement el benestar, la qualitat de vida i l'accés a situacions i experiències més inclusives.

Una altra dada rellevant és l'edat dels participants. Estem parlant d'un nen d'11 anys i d'una dona de 34. L'edat, doncs, i en aquest estudi, no ha suposat un impediment per aconseguir l'ús adequat del vàter. Tot sovint creiem que l'aprenentatge està limitat a determinades condicions personals tant de capacitat com d'edat. Els resultats del treball ens mostren que podem plantejar seriosament aquest aprenentatge a pesar de l'edat dels participants. O el que bé a ser semblant, l'edat d'una persona amb discapacitat no ha de ser l'únic element decisiu per poder participar en determinades experiències educatives o habilitadores.

La intensitat de la intervenció i la seva durada, pensem, constitueixen dos elements clau de l'èxit de la intervenció. Certament, i amb persones amb discapacitat intel·lectual severa, una intervenció que vulgui tenir èxit s'ha de plantejar en termes d'un nivell elevat d'intensitat i s'ha d'aplicar durant un període de temps llarg. Molts programes de control d'esfínters es caracteritzen per la intensitat però són de curta durada (LEBLANC i col., 2005; KIRCAI-IFAR i col., 2009). Les persones amb discapacitat severa poden necessitar més temps per aprendre el mateix que els altres individus. De vegades, algunes intervencions no tenen l'èxit esperat per la falta de continuïtat en el temps.

Cal mencionar, també, l'estreta col·laboració de la família en el cas de l'O. És possible que aquesta col·laboració sigui un component essencial per obtenir bons resultats en les intervencions amb aquesta població.

Així i tot, l'estudi presenta algunes limitacions clares. En primer lloc, el disseny del treball no té les característiques de rigor necessari per plantejar-lo com un treball basat en l'evidència. En segon lloc, no es van recollir dades de fiabilitat ni de fidelitat.

Però el treball té un enorme interès pràctic, confirma els resultats de recerques anteriors i té unes implicacions educatives i habilitadores evidents. En primer lloc, podem plantejar l'ús del vàter a persones que presenten una discapacitat intel·lectual important i amb edats diverses. L'aprenentatge de determinades habilitats no està en relació exclusiva amb determinades característiques personals sinó també amb la solidesa i evidència de

determinades pràctiques. Les persones amb una discapacitat intel·lectual severa o profunda han de poder tenir accés a experiències i oportunitats noves i estimulants. Els resultats d'aquest estudi posen de manifest, una vegada més, que això és possible. En segon lloc, massa sovint, i davant d'un nou aprenentatge o habilitat, ens preocupa excessivament si la persona té o no té les habilitats i els coneixements previs per poder-hi accedir. Aquesta perspectiva fa que les persones amb discapacitat severa i profunda poques vegades puguin començar nous aprenentatges, ja que mai no estan preparades per iniciar-los. El nostre treball proposa un altre enfocament. No es tracta tant de valorar si la persona té les habilitats prèvies com de considerar els suports necessaris i convenients que s'ajustin a les característiques i necessitats d'aquests individus. La intensitat de la intervenció, el grau de sistematització i durada constitueixen, al nostre entendre, els suports que s'ajusten a les necessitats d'aquesta població. Finalment, és important valorar el potencial de les persones amb discapacitat, sigui quin sigui el seu nivell o grau d'afectació. La qualitat de vida d'aquestes persones també passa per les oportunitats d'aprenentatge i d'accés a noves situacions. Tenir expectatives altes i pensar en termes de capacitats i no tant de déficits significa optar per una perspectiva clarament educativa i rehabilitadora. El treball que presentem en vol ser un exemple.

És totalment imprescindible continuar en aquesta línia de recerca. Pensem que els treballs futurs haurien de poder progressar en aspectes diversos. Un dels més significatius és intentar elaborar noves estratègies d'intervenció d'ús del vàter que permetin l'accés a tots els alumnes. És a dir, no limitar aquest aprenentatge a alumnes amb determinades característiques, sinó disposar de diverses intervencions amb nivells d'intensitat i durada diferents que s'ajustin a les necessitats de les persones amb discapacitat intel·lectual severa i profunda. Com assenyalava Brown (2006), una de les dificultats que pot manifestar el personal d'un centre es refereix a la complexitat que suposa mantenir un programa durant un període de temps llarg. Així, doncs, la recerca futura hauria de plantejar com es poden aplicar les intervencions amb el cost mínim de personal i de recursos. Com estendre el control d'esfínters a altres entorns (família, altres centres, etc.) hauria de ser un tema de preocupació dels treballs de recerca futurs.

Finalment, només voldríem insistir en la perspectiva educativa i habilitadora d'aquest treball. Intentar que les persones amb discapacitat intel·lectual severa i profunda gaudeixin d'un entorn ric i estimulador, amb propostes definides de participació i aprenentatge de noves habilitats, suposa un repte important per a les escoles i per als centres d'atenció i rehabilitació. Representa, també, un objectiu clar de millora de la nostra pràctica professional.

FIGURA 1. Graella d'observació – control d'esfínters

Alumne:	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5
9:30					
9:45					
10:00					
10:15					
10:30					
10:45					
11:00					
11:15					
11:30					
11:45					
12:00					
12:15					
12:30					
12:45					
13:00					
13:15					
13:30					
13:45					
14:00					
14:15					
14:30					
14:45					
15:00					
15:15					
15:30					
15:45					
16:00					
16:15					
16:30					
	X: va moll	O: està sec	V: fa pipí al lavabo	N: no fa res al lavabo	

Referències bibliogràfiques

- AVERINK, M., MELEIN, L.; DUKER, P. C. (2005). «Establishing diurnal bladder control with the response restriction method: extended study on its effectiveness». *Research in Developmental Disabilities*, núm. 26, p. 143-151.
- AZRIN, N. H.; BUGLE, C.; O'BRIEN, F. (1971). «Behavioral Engineering: Two apparatuses for toilet training retarded children». *Journal of Applied Behavior Analysis*, núm. 4(3), p. 249-253.
- AZRIN, N. H.; FOX, R. M. (1971). «A rapid method of toilet training. The institutionalized retarded». *Journal of Applied Behavior analysis*, núm. 2, p. 89-99.
- BROWN, J. F. (2006). «Maintaining long-term therapeutic programmes: a qualitative case study». *British Journal of Learning Disabilities*, núm. 34, p. 117-121.
- CICERO, F.; PFADT, A. (2002). «Investigation of a reinforcement-based toilet training procedure for children with autism». *Research in Developmental Disabilities*, núm. 23, p. 319-331.
- DIDDEN, R.; SIKKEMA, S. P. E.; BOSMAN, I. T. M.; DUKER, P. C.; CURFS, L. M. G. (2001). «Use of a Modified Azrin-Foxx Toilet Training Procedure with Individuals with Angelman Syndrome». *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, núm. 14, p. 64-70.
- DUKER, P.; AVERINK, M.; MELEIN, L. (2001). «Response Restriction as a Method to Establish Diurnal Bladder Control». *American Journal on Mental Retardation*, núm. 106 (3), p. 209-215.
- GINÉ, C.; NADAL, C.; ZAURIN, L. (1981). «La educación del control de esfínteres». *Infancia y aprendizaje*, núm. 14, p. 104-122.
- KINGSTON, E. (1995). «Developing a program to improve toileting skills of prekindergarten handicapped students in a suburban elementary school». Dissertation /Master Theses, p. 1-47.
- KIRCAI-IFAR, G.; ÜLKE-KÜRKÇÜOĞLU, B.; ÇETIN, Ö.; ÜNLÜ, E. (2009). «Intensive Daytime Toilet Training of Two Children with autism: Implementing and Monitoring Systematically Guarantees Success!». *International Journal of Early Childhood Special Education*, núm. 1(2), p. 117-126.
- KROEGER, K.; SORENSEN-BURNWORTH, R. (2009). «Toilet training individuals with autism and other development disabilities: A critical review». *Research in Autism Spectrum Disorders*, núm. 3(3), p. 607-618.
- KROEGER, R.; SORENSEN, R. (2010). «A parent training model for toilet training children with alutism». *Journal of Intellectual Disability Research*, núm. 5 (6), p. 556-567.
- LEBLANC, L. A.; CARR, J. E.; CROSSETT, S. E.; BENNETT, C. M.; DETWEILER, D. D. (2005). «Intensive Outpatient Behavioral Treatment of Primary Urinary Incontinence of Children With Autism». *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, núm. 20(2), p. 98-105.
- LUISELLI, J. K. (1994). «Toilet training children with sensory impairments in a residential school setting». *Behavioral Interventions*, núm. 9(2), p. 105-114.
- LUISELLI, J. K. (1997). «Teaching toilet skills in a public school setting to a child with pervasive developmental disorder». *Journal Behavior Ther. and Exp. Psychiart*, núm. 28(2), p. 163-168.
- ROBLES, M.; BASSO, R. (2008). «Entrenamiento en control de esfínteres en personas con discapacidad intelectual». *Siglo Cero*, núm. 39(225), p. 80-87.
- SALOVITA, T. (2002). «Dry Bed Training Method in the Elimination of Bed-Wetting in Two Adults with Autism and Severe Mental Retardation». *Cognitive Behaviour Therapy*, núm. 31(3), p. 135-140.
- SNELL, M.; FARLOW, L. J. (1993). «Self-care Skills». Dins: M. SNELL (ed.). *Instruction of students with severe disabilities*. New York: Merrill, p. 380-441.
- TARBOX, R. S. F.; WILLIAMS, W. L.; FRIMAN, P. (2004). «Extended diaper wearing: Effects on continence in and out of the diaper». *Journal of Applied Behavior Analysis*, núm. 37(1), p. 97-100.

Josep Font, Montse Riera i Aina Gomila són professionals del CPT l'Estel (Associació Sant Tomàs).

Susana Urios, Ekhiñe M. Lizarraga i Margarita Sobrino són professionals del Centre d'Atenció Especialitzada Bernadette (Fundació Hospitalitat).

David Simó actualment treballa a la Universitat Ramon Llull participant en projectes de recerca.
