



BITÁCORA DE DESREGULACIÓN EMOCIONAL Y CONDUCTUAL

PARA UTILIZAR EN ETAPAS 2 Y 3 DEL DOCUMENTO ORIENTACIONES PARA ELABORACIÓN
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN DESREGULACIÓN CONDUCTUAL Y EMOCIONAL DE ESTUDIANTES

1.- Contexto Inmediato

Fecha: ____/____/____	Duración: Hora de inicio: ____ / Hora de fin: ____
-----------------------	--

Dónde estaba el/la estudiante cuando se produce la DEC: _____

La actividad que estaba realizando el/la estudiante fue:

☐ Conocida ☐ Desconocida ☐ Programada ☐ Improvisada

El ambiente era:

☐ Tranquilo ☐ Ruidoso N° aproximado de personas en el lugar: _____

2.- Identificación del/la niño/a, adolescente o joven:

Nombre: _____

Edad: _____	Curso: _____	Prof. jefe: _____	_____
-------------	--------------	-------------------	-------

3.- Identificación profesionales y técnicos del establecimiento designados para intervención:

Nombre	Rol que ocupa en la intervención
1.-	Encargado
2.-	Acompañante Interno
3.-	Acompañante externo

4.- Identificación apoderado y forma de contacto:

Nombre: _____
Celular: _____ Otro Teléfono: _____



Forma en que se informó oportunamente a apoderados (conforme acuerdos previos y/o protocolo reglamento interno):

¿Se emitió Certificado de Asistencia del Apoderado/a? [Art. 66 quinquies, Código del Trabajo — Ley N°21.545] ☐ Sí ☐ No

Hora ingreso apoderado/a: _____ Hora salida apoderado/a: _____

5.- Tipo de incidente de desregulación observado (marque con X el/los que corresponda/n):

- ☐ Autoagresión ☐ Agresión a otros/as estudiantes ☐ Agresión hacia docentes
☐ Agresión hacia asistentes de la educación ☐ Destrucción de objetos/ropa
☐ Gritos/agresión verbal ☐ Fuga ☐ Otro: _____

¿Se activó protocolo de acoso escolar? (Ley N°21.809) ☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde

¿Corresponde activar deber de denuncia al Ministerio Público? (Ley N°21.809) ☐ Sí ☐ No ☐ En evaluación

6.- Nivel de intensidad observado:

- ☐ Etapa 2 de aumento de la DEC, con ausencia de autocontroles inhibitorios cognitivos y riesgo para sí mismo/a o terceros.
☐ Etapa 3: Cuando el descontrol y los riesgos para sí mismo/a o terceros implican la necesidad de contener físicamente.

7.- Descripción situaciones desencadenantes:

a) Descripción de secuencias de hechos que anteceden al evento de DEC:

b) Identificación gatillantes en el establecimiento (si existen):

c) Descripción de antecedentes gatillantes previos al ingreso al establecimiento (si existen):

- ☐ Enfermedad ¿Cuál? _____ ☐ Dolor ¿Dónde? _____
☐ Insomnio ☐ Hambre ☐ Otros: _____

d) Alteraciones sensoriales detectadas — estudiantes con TEA (Ley N°21.545)

- ☐ Auditivas ☐ Visuales ☐ Táctiles ☐ Vestibulares ☐ Propioceptivas ☐ Otras: _____



8.- Probable Funcionalidad de la DEC:

- ☐ Demanda de atención ☐ Como sistema de comunicar malestar o deseo ☐ Demanda de objetos
☐ Frustración ☐ Rechazo al cambio ☐ Intolerancia a la espera ☐ Incomprensión de la situación
☐ Otra: _____

9.- Si existe un diagnóstico clínico previo, identificación de profesionales fuera del establecimiento que intervienen:

Nombre	Profesión	Teléfono centro de atención donde ubicarlo

Señalar si:

☐ Se contactó a alguno/a de ellos/as. Propósito:

☐ Se les envía copia de bitácora previo acuerdo con apoderado/a. ¿A qué profesional/es se les envía?:

10.- Acciones de intervención desplegadas y las razones por las cuales se decidieron:

11.- Evaluación de las acciones de intervención desarrolladas; especificar si hay algo que se puede mejorar y/o algo que fue muy efectivo:

12.- Estrategia de reparación desarrollada y razones por las que se decide (sólo si se requiere):



13.- Evaluación de las estrategias preventivas desarrolladas, especificar si hay algo que se puede mejorar para prevenir futuros eventos de DEC:

14.- Medidas aplicadas según Ley N°21.809 (Convivencia, Buen Trato y Bienestar):

- ☐ Se informó al/la Coordinador/a de Convivencia (dedicación exclusiva, Art. 16C Ley N°21.809)
- ☐ Se activó protocolo de acoso escolar
- ☐ Se informó a la Superintendencia de Educación
- ☐ Se tomaron medidas de protección para funcionario/a afectado/a
- ☐ Se derivó para calificación de enfermedad profesional (salud mental) del/la funcionario/a afectado/a

Observaciones:

Firma responsable del registro: _____ Fecha: __/__/____