

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO JURÍDICO
RECOPIACIÓN Y DEPARTAMENTOS
RAN/GGB/SMD/sma

ESTABLECE NORMAS TÉCNICO PEDAGÓGICA PARA ATENDER EDUCANDOS CON GRAVES ALTERACIONES EN LA CAPACIDAD DE RELACIÓN Y COMUNICACIÓN QUE ALTERAN SU ADAPTACIÓN SOCIAL, COMPORTAMIENTO Y DESARROLLO INDIVIDUAL Y APRUEBA PLANES Y PROGRAMA DE ESTUDIO INTEGRAL FUNCIONAL.

SANTIAGO, 31 Diciembre 1990

Nº 815.

CONSIDERANDO:

Que, toda persona independientemente de sus limitaciones físicas, sensoriales y/o intelectuales debe tener acceso a la educación formal;

Que, no se cuenta con una normativa para orientar la atención educacional de personas con graves trastornos de relación y comunicación que alteran su adaptación social, comportamiento y desarrollo individual;

Que, la comunidad educativa, a través de padres y profesionales desea asegurar la prestación de servicios especializados;

Que, para estas personas se requiere inicialmente un enfoque educativo diferente al ya existente en la educación formal;

Que, es labor del Ministerio de Educación establecer los mecanismos que permitan acceder al beneficio de la educación a todo ciudadano; y,

VISTO:

Lo dispuesto en la Ley Nº 18.956; D.F.L. Nº 2, de 1989, de Educación; y en los artículos 32 Nº 3 y 35 de la Constitución Política de la República de Chile,

DECRETO:

ARTICULO 1º. Establécense, a contar de la fecha de publicación del presente decreto en el Diario Oficial, normas para la atención de educandos con graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación que alteran su adaptación social, comportamiento y desarrollo individual, que son atendidos en escuelas especiales reconocidas oficialmente.

ARTICULO 2º. Para estos efectos, la expresión “graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación que alteran su adaptación social, comportamiento y desarrollo individual” se aplica a:

1. Personas con trastorno autista: síndrome que se caracteriza por un trastorno global del desarrollo, se manifiesta casi invariablemente en los primeros 36 meses de edad.
La persona afectada presenta una alteración grave en la interacción social, ausencia o desarrollo anormal de la comunicación verbal y no verbal, resistencia a los cambios de ambientes y rutinas, reacción anormal a los estímulos sensoriales.

2. Personas con graves trastornos y/o déficit psíquicos de la efectividad, del intelecto y/o del comportamiento. (Enfermedades psiquiátricas graves, alternativas conductuales importantes, asociadas o no a retraso mental en cualquiera de sus grados).
3. Personas con disfasias severas que presentan una severación de la comprensión y expresión básica, comprometiendo su conexión con el medio ambiente sin que esté alterado el contacto efectivo. Esto se manifiesta alrededor de los 24 meses.

ARTICULO 3º. Inicialmente la atención especializada se aplicará en forma individual para llegar gradualmente a través de metodología eclécticas a conformar pequeños grupos, de los cuales los alumnos egresarán una vez que logren contacto con las personas , y una buena comprensión del medio ambiente que les permitan entender instrucciones, mantener su atención y establecer adecuadas interacciones con las personas y su medio.

Una vez alcanzados estos objetivos y considerando las características de los alumnos, éstos podrán incorporarse a escuelas especiales que atienden trastornos de la comunicación o deficiencia mental; o, podrán integrarse a la educación parvularia o básica común con apoyo especializado.

ARTICULO 4º. Para la atención de las personas con graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación, se establece un plan y un programa educativo integral funcional que se desarrollará en un enfoque transdisciplinario a través del siguiente plan de trabajo, en el cual se indican áreas de desarrollo. Cada una de ellas se ponderará de acuerdo a evaluaciones individuales y proporciones en forma compensatoria y progresivamente:

A. PLAN DE ESTUDIO.

(1)	NIVELES DE TRABAJO			
	1	2	3	4
	Clases Semanales			
I. <u>PLAN COMÚN:</u>				
<u>Áreas de Desarrollo (2)</u>				
1.- <u>Emocional Social:</u>				
♦ Interrelación.				
♦ Habitación				
♦ Autoindependencia.				
♦ Adaptación a Diferentes Ambientes.				
2.- <u>Cognitiva Funcional:</u>				
♦ Sensopercepción.				
♦ Comunicación.				
♦ Técnicas Instrumentales.				
3.- <u>Física:</u>				
♦ Psicomotricidad.				
♦ Recreación.				
4.- <u>Artística:</u>				
♦ Expresión Musical.				
♦ Expresión Plástica.				
♦ Expresión Corporal.				
5.- <u>Vocacional:</u>	10	12	5	4
			15	20
SUB-TOTAL	10	12	20	24

(1)	NIVELES DE TRABAJO			
	1	2	3	4
	Clases Semanales			
II. PLAN DE ACCIONES TRANSDISCIPLINARIAS (3)	5	5	5	5
TOTAL	15	17	25	29

- (1) La carga horaria total, representa un máximo ideal.
(2) Las Áreas identificadas se aplican en forma integrada.
(3) Plan de acciones transdisciplinarias.

Acciones Técnico / Administrativas.

Contempla una serie de acciones técnicas programadas que van en función y beneficio de la población existente.

1. Acciones técnicas con equipo multiprofesional.

1.1 Evaluaciones clínicas:

Se refiere a evaluaciones anuales del individuo con el fin de otorgar un diagnóstico, un tratamiento social, farmacológico y de rehabilitación. En estas evaluaciones participan los profesionales que están directamente relacionados con el paciente: psiquiatra, enfermero, asistente social, terapeuta ocupacional o educador diferencial (según corresponda).

2. Capacitación Docente y Paradocente.

2.1 Reuniones Clínicas:

Están orientadas al análisis de casos, diagnóstico y tratamiento. Se realizan una vez a la semana durante el período abril-noviembre y participan todos los profesionales de equipo.

2.2 Cursos de Apoyo Específico:

Se lleva a cabo una vez a la semana y están orientadas al perfeccionamiento docente y paradocente, con el fin de elaborar y ejecutar planes de rehabilitación considerando las patologías de la población.

3. Capacitación a funcionarios y monitores.

Apuntan directamente al beneficio del alumno a través de la capacitación de las personas que permanecen constantemente con ellos.

4. Reuniones con Padres.

Estas abarcan actividades grupales e individuales, orientadas hacia aspectos psicoterapéuticos e informativos.

A. PROGRAMAS DE ESTUDIO.

Objetivos Generales :

1. De los planes y programas:

- ◆ Ofrecer una forma de atención especializada que permita el desarrollo personal y social de personas con alteraciones graves en la capacidad de relación y comunicación, según su patrón de conducta.
- ◆ Provocar en el alumno la necesidad de otro, en base a las demandas del medio en que interactúe según su propio código de comunicación
- ◆ Favorecer la integración del alumno dentro del hogar, la escuela y la comunidad, a través de un programa educativo individualizado que contemple esencialmente

aspectos de habituación, comunicación e integración al mundo social, afectivo y laboral de acuerdo a sus potencialidades.

1. De los niveles de trabajo:

- ◆ Nivel 1: Estimular la aparición de conductas adaptativas básicas, a fin de iniciar la interacción de la persona con su medio ambiente.
- ◆ Nivel 2 : Afianzar las conductas adaptativas que permitan a la persona un mejor nivel de vida y una mayor interacción con su medio ambiente.
- ◆ Nivel 3: Desarrollar habilidades y destrezas que permitan al educando desenvolverse en ambientes normalizadores.
- ◆ Nivel 4: Posibilitar la adquisición de aprendizajes relacionados con la vida del trabajo.

1. De los planes de estudio:

3.1. Plan Común:

- ◆ Posibilitar la formación integral del educando desarrollando al máximo su potencial de aprendizaje.

3.1.1 De la Áreas de Desarrollo:

3.1.1.1 Emocional Social:

- ◆ Favorecer el desarrollo biopsicosocial del alumno mediante la adquisición de conductas, hábitos y actitudes que faciliten su adecuada interacción con el entorno.

3.1.1.2 Cognitiva Funcional:

- ◆ Estimular el desarrollo de procesos cognitivos que favorezcan el dominio funcional de la comunicación y el conocimiento de su entorno a través de situaciones vivenciales.

3.1.1.3 Física:

- ◆ Lograr que el alumno adquiera un dominio gradual de sí mismo y de su entorno físico y social, por medio de actividades de psicomotricidad, educación física y recreación.

3.1.1.4 Artística:

- ◆ Favorecer la adaptación social a través de la ejecución de actividades de expresión musical, artística y/o corporal.

3.1.1.5 Vocacional:

- ◆ Favorecer la adquisición de aprendizajes que posibiliten el desempeño de un oficio o parte de él, en forma semi-independiente o dependiente.

3.2 Plan de Acciones Transdisciplinarias:

- ◆ Favorecer el desarrollo social e individual del educando a través del estudio diagnóstico y tratamiento de dificultades primarias o secundarias, considerando los diferentes enfoques terapéuticos.
- ◆ Apoyar la actualización y/o capacitación de recursos humanos.

ARTICULO 5º. La evaluación de los alumnos considerará las siguientes normas:

1. El ingreso al establecimiento y la ubicación de los alumnos en las diferentes etapas se hará basándose en un diagnóstico integral e individualizado del alumno; determinando su propia modalidad de funcionamiento en cada área de desarrollo.
2. La evaluación permitirá la selección de estrategias alternativas, dando flexibilidad al proceso y permitiendo descubrir las intervenciones más adecuadas para cada niño en su propio ambiente familiar y educacional.
3. La evaluación se realizará en forma permanente y será referida a criterios considerando los objetivos planteados para el alumno.
4. Se registrará en términos cualitativos.

5. Al finalizar cada período de tratamiento se emitirá un informe descriptivo de los progresos alcanzados por el alumno.

ARTICULO 6º. Los criterios para el diagnóstico de los alumnos con graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación que alteran su adaptación social, comportamiento y desarrollo individual, son los que se indican a continuación:

- I. Los criterios para el diagnóstico del trastorno autista, serán los siguientes:
(Diagnostic Statistical Manual III. Revised 1989).
Por lo menos deben estar presentes ocho de los dieciséis ítems siguientes y ha de haber al menos dos ítems del apartado A, uno del apartado B y uno del apartado C.
Nota: Se considerará que se reúne un determinado criterio sólo si la conducta es anormal para el nivel de desarrollo de la persona.
 - A. El deterioro cualitativo en la interacción social recíproca se manifiesta por los siguientes aspectos:
(Los ejemplos presentados entre paréntesis están ordenados de forma que los mencionados en primer lugar son los de probable aplicación a los más jóvenes o los más afectados, mientras que los últimos se refieren a las personas de mayor edad y menos afectadas por este trastorno).
 1. Se tiende a ignorar de forma persistente la existencia o los sentimientos de los demás (por ejemplo, tratar a una persona como si fuera parte de un mobiliario, no apreciar el stress que sufren los otros o ignorar la necesidad de vida privada que tienen los demás).
 2. En períodos de stress no hay búsqueda de apoyo o ésta es anómala (por ejemplo, el sujeto no solicita ayuda aunque esté enfermo, lesionado o cansado, o busca el apoyo de forma estereotipada; por ejemplo, diciendo “queso, queso, queso” cada vez que se hace daño).
 3. Incapacidad o dificultad para imitar (por ejemplo, no poder decir adiós con la mano, o recurrir a la imitación mecánica y fuera de contexto).
 4. Anómalas o ausencias en juegos simples, prefiriendo el juego en solitario o implica a otros niños en el juego solamente como “ayuda mecánica”.
 5. Déficit considerable en la capacidad para hacer amigos (por ejemplo, ningún interés en hacer amigos o a pesar de tenerlos, desconocimiento de las convenciones utilizadas en la interacción social; por ejemplo, leer la guía telefónica a un compañero que no se interesa en el tema).
 - B. Existencia de un deterioro cualitativo en la comunicación verbal y no verbal y en la actividad imaginativa, como se pone de manifiesto por la presencia de alguno de los siguientes ítems:
(Los ítems numerados, están ordenados de tal manera que los citados en primer lugar son de aplicación a los jóvenes o a las personas más afectadas, mientras que los enumerados en último lugar se refieren a los niños mayores o a los menos afectados por este trastorno).
 1. No hay ninguna forma de comunicación, como balbuceo, expresión facial, gestualidad, o lenguaje hablado.
 2. La comunicación no verbal es notablemente anómala en lo que concierne al contacto cara a cara, la expresión facial, la postura corporal o la gestualidad para iniciar o modular la interacción social (por ejemplo, el sujeto no se acerca cuando

se le va a dar la mano, se queda inmóvil si se le abraza, no sonrío ni mira a la persona cuando establece algún tipo de contacto social, no recibe ni saluda a los padres o visitantes y mantiene la mirada perdida en las situaciones sociales).

3. Ausencia de actividad imaginativa, como simulación del papel de adulto, de personajes imaginarios o de animales; falta de interés en las historias imaginadas.
 4. Anomalías graves en la producción del habla, incluyendo alteraciones del volumen, el tono, el énfasis, la frecuencia, el ritmo y la entonación (por ejemplo, el sujeto habla con un tono monótono, no hace inflexiones de voz al formular preguntas y mantiene un tono fuerte y desagradable).
 5. Anomalías graves en la forma o contenidos del lenguaje, incluyendo su uso repetitivo y estereotipado (por ejemplo, ecolalia inmediata, o repetición mecánica de anuncios de T.V.), uso del pronombre "tú" cuando resulta apropiado utilizar el pronombre "yo" (por ejemplo, "tú quieres un pastel", tendría el significado de "yo quiero un pastel"), uso de palabras o frases peculiares (por ejemplo, "ir a pasear por el prado", tendría el significado de "yo quiero ir a columpiarme"), observaciones irrelevantes (por ejemplo, hablar asuntos de colegio en una conversación sobre deporte).
 6. Deterioro importante en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar de lo apropiado del lenguaje (por ejemplo, embarcarse en largos monólogos sobre un tema sin dejar que intervengan los demás).
- C. Repertorio notablemente restringido de actividades e intereses, como se pone de manifiesto en los siguientes ítems:
1. Presencia de movimientos corporales estereotipados: por ejemplo, golpear rítmicamente con la mano cualquier superficie, entrelazar las manos, contorsionarse o bailar, golpearse la cabeza, o presentar movimientos complejos que afectan a todo el cuerpo.
 2. Preocupación excesiva por detalles o formas de distintos objetos (por ejemplo, olfatear objetos, examen repetitivo de la textura de los materiales, atención especial al volante de un coche de juguete) o vinculación a objetos peculiares (por ejemplo, insistir en llevar encima un trozo de cuerda).
 3. Malestar, importante frente a pequeños cambios del entorno; por ejemplo, cuando se mueve el vaso.
 4. Insistencias excesivas en seguir rutinas con gran precisión. Por ejemplo, seguir el mismo camino cuando se va de compras al supermercado.
 5. Restricción notable en el conjunto de intereses y preocupación excesiva por algún aspecto determinado. Por ejemplo, interés centrado únicamente en alinear objetos, en escoger detalles sobre la meteorología actual, o en creerse un personaje fantástico.
- D. Comienzo en la infancia o la niñez.
Especificar si el comienzo es en la niñez (después de los 36 meses de edad).
- I. Los criterios diagnósticos para trastornos graves y/o déficit psíquicos, serán los siguientes:
(DIE 9)

1. Psicosis:

Trastorno mental en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad. No es un término exacto ni bien definido. Excluye el retraso mental.

2. Psicosis Orgánicas:

Síndromes en los cuales se presenta un deterioro de la orientación, de la memoria, de la comprensión, de la habilidad para el cálculo, de la capacidad para el aprendizaje y del juicio. Estas son las características esenciales pero también puede encontrarse superficialidad o labilidad del afecto o una persistente alteración del ánimo, mengua de las normas éticas, aparición de rasgos nuevos de la personalidad o exageración de los preexistentes, así como disminución de la capacidad para la toma de decisiones independientes.

3. Psicosis Funcionales:

3.1 Psicosis Esquizofrénica:

Grupo de psicosis que presenta un desorden fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, con frecuencia un sentimiento de estar controlado por fuerzas ajenas, ideas delirantes que pueden ser extravagantes, alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación real y autismo. No obstante, en general, se conserva la capacidad intelectual y la claridad de la conciencia. El trastorno de la personalidad compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal su sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección. El paciente cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y puede desarrollar ideas delirantes para explicar que existen fuerzas, naturales o sobrenaturales, que influyen en sus actos y pensamientos en forma generalmente estrambótica. El esquizofrénico se ve como el eje de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, sobre todo las auditivas; el paciente oye voces que hacen comentarios acerca de él o se dirigen a él. La percepción se altera frecuentemente de otras maneras; puede haber perplejidad; hechos sin trascendencia los convierte en muy importantes y, acompañados por sentimientos de pasividad, pueden conducir al individuo a creer que las situaciones diarias y los objetos corrientes poseen un significado especial, generalmente siniestro dirigido contra él. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia, los aspectos periféricos y baladíes de un concepto total, inhibidos en una actividad mental normal, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y apropiados para la situación. Así, el pensamiento se vuelve vago, gramaticalmente elíptico, oscuro, con rupturas e interpolaciones frecuentes en la hilación, y la expresión hablada es algunas veces incomprensible. El paciente puede estar convencido de que un agente extraño esté robando sus pensamientos. El ánimo tiende a ser superficial, caprichoso e incongruente. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad pueden manifestarse por inercia, negativismo o estupor. Puede haber catatonía. El diagnóstico de "esquizofrenia" sólo debería hacerse cuando durante la misma enfermedad son evidentes los trastornos característicos del pensamiento, del ánimo, de la conducta o de la personalidad, de preferencia en por lo menos dos de estas esferas. El diagnóstico no deberá estar restringido a los trastornos que siguen un curso prolongado, crónico o deteriorante.

3.2 Psicosis Afectivas:

Trastornos mentales, por lo general recurrentes, en los que hay una alteración grave del ánimo (compuesta casi siempre por depresión y ansiedad pero que también se manifiesta como alborozo y excitación) acompañada de uno o más de los siguientes síntomas y signos: ideas delirantes, perplejidad, perturbación de la actitud hacia sí

mismo, trastornos de la percepción y del comportamiento; todo esto de acuerdo con el ánimo prevaleciente de la persona (igual sucede con las alucinaciones cuando están presentes). Hay una fuerte tendencia al suicidio.

- I. Los criterios diagnósticos para Disfasia Severa denominada por Rapin y Allen (1983) como Síndrome Semántico-Pragmático, son los siguientes:

Los niños con este trastorno usan superficialmente lenguajes complejos, pero su uso y comprensión es defectuosa. Pueden decir palabras aparentemente sin sentido y respuestas tangenciales a las preguntas.

Este tipo de lenguaje puede darse asociado a otros comportamientos y anormalidades cognitivas, muchos de los cuales se parecen a formas leves de los déficits encontrados en autismo infantil.

Algunas de las características más comunes son:

1. En su historia aparece un retraso del lenguaje, con escasez de éste hasta los 5 ó 6 años de edad. El niño puede dar respuestas inconsistentes a los sonidos siendo difícil descartar sordera. El lenguaje temprano tiene ecolalia o jerigonza.
2. Cuando se evalúa un niño los resultados muestran una comprensión peor que la expresión, lo cual aparentemente no es así. Ejemplo: un niño puede espontáneamente nombrar un grupo de dibujos pero luego equivocarse cuando se le pide que entregue los mismos dibujos.
3. Puede haber un interés especial por palabras o frases sin relación con el significado, como poesías, propagandas, que son repetidas mientras juega una y otra vez.
4. Si al niño se le puede nombrar objetos o láminas, tres características pueden ser observadas:
 - a) El niño percibe erróneamente el objeto o lámina, a partir de un detalle imagina el contenido el cual es muy poco atinente al contexto. Ejemplo: un niño que pensó que una niña poniendo una flor roja en la solapa de un niño, era la niña prendiendo fuego al niño.
 - b) El niño puede confundir una palabra con una muy diferente en significado, pero similar en sonido.
 - c) Puede haber un problema para encontrar la palabra adecuada y escoge una palabra que él ya conoce.
5. Algunos niños continuamente hacen preguntas, pero parecen no oír la respuesta. Ejemplo: ante una lámina de un caballo dicen: Donde vive el caballito?, frase ya escuchada anteriormente.
6. El niño puede fallar en entender o producir gestos o claves en la comunicación.
7. La estructura del lenguaje es aparentemente correcta, pero tiene problemas en la sintaxis, pronombres y tiempos verbales.
8. Puede haber una marcada diferencia entre las habilidades del niño para comprender una situación concreta estructurada y la habilidad para comprender una conversación normal, donde los participantes se refieren a hechos que no son inmediatamente deducibles del contexto físico.
9. La comprensión es altamente literal, por lo tanto los sarcasmos y el uso literal del lenguaje no son comprendidos.

10. El déficit de atención es común en estos niños.
11. Tienen tendencia a no seguir las instrucciones que se le dan y a responder a las normas sociales y el temor normal a los extraños puede estar ausente.
12. Los juegos imaginativos son normalmente pobres y presentan atracción hacia objetos mecánicos.
13. Algunos niños aprenden a leer en edad normal, pero su comprensión es baja.
14. Muchos son significativamente torpes en destrezas motoras.

ARTICULO 7º. Se proponen las siguientes alternativas para el tratamiento educacional de los educandos a que se refiere el presente decreto.

- a) Tratamiento educacional de los autistas y aquellos con disfasia severa.

La heterogeneidad de estas personas así como la variabilidad, intensidad y persistencia de sus síntomas dificultando su educación en los ambientes escolares existentes, requiriendo de programas individualizados de enseñanza, funcionales, flexibles y creativos basados en una evaluación cuidadosa y constante del desarrollo de cada niño en particular, y de las técnicas y procedimientos utilizados. Esto permitirá la elección de objetivos funcionales y realistas y de formas más efectivas de tratamiento. Iguales razones hacen indispensable una proporción inicial profesor alumno 1:1, un horario de trabajo estable, continuo e intensivo que abarque el máximo de horas y días posibles. La organización total del entorno que irá disminuyendo gradualmente su restricción hasta llegarse a la enseñanza de habilidades en el ambiente natural en que se las requiera para evitar los problemas derivados de la falta de generalización.

El proceso educativo debe iniciarse tan pronto como se hayan detectado los primeros síntomas.

El programa del alumno debe ser diseñado considerando sus necesidades y habilidades, y las prioridades y recursos de su familia y ambiente comunitario; debe ser funcional, proporcionando oportunidades para el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, además de capacitación en destrezas vocacionales, domésticas y recreativas apropiadas a su edad y a su cultura, que sean útiles, relevantes y adecuadas durante toda su vida y en una amplia variedad de ambientes. Un programa educacional para alumnos autistas necesitará de un gran número de actividades realizadas fuera del local escolar y dentro de la comunidad.

Con el propósito de facilitar la aplicación de lo expresado en el artículo 3º del decreto, en cuanto a la forma de atención, es posible plantear los siguientes objetivos en las etapas de trabajo:

- ◆ Acercamiento.
- ◆ Control instruccional.
- ◆ Interacción inicial.
- ◆ Interacción grupal.

Para cada una de las etapas pueden plantearse los siguientes objetivos:

Primera Etapa:

Objetivos:

- ◆ Propender al logro de un lazo afectivo que favorezca el desarrollo de una relación genuina y gratificante entre el terapeuta y el educando.
- ◆ Orientar a los padres y/o personas responsables del educando para lograr su participación activa en el proceso habilitador y/o rehabilitador.

Características de esta etapa:

- ◆ Relación profesor - alumno 1:1

- ◆ Sala desprovista de estímulos.
- ◆ Terapeuta en actitud receptiva y de espera.
- ◆ Actitud de afecto y aceptación.
- ◆ Establecimiento de una relación no verbal mediante comunicación, imitando los sonidos del niño.

Segunda Etapa:

Objetivos:

- ◆ Afianzar la relación afectiva lograda.
- ◆ Lograr el control de instrucción para favorecer la realización de actividades y la participación activa del alumno en su proceso educacional.
- ◆ Integrar a los padres al programa como coterapeutas, estimulando su participación activa en el proceso habilitador y/o rehabilitador.

Características de esta etapa:

- ◆ Relación profesor – alumno: 2:1 hasta 3:1.
- ◆ Actitud del terapeuta: afectuosa y firme.
- ◆ Programa escolar individual.
- ◆ Implementación de un programa para el hogar.
- ◆ Integración del educando en actividades grupales con el apoyo del educador a cargo del programa de trabajo.
- ◆ Estimulación de todas las áreas del desarrollo inserto en el programa individual tendiente a la adquisición de habilidades funcionales.

Tercera Etapa:

Objetivos:

- ◆ Estimular gradualmente al individuo en su independencia y seguridad personal con un programa funcional.
- ◆ Integrarlo gradualmente a actividades con sus iguales.
- ◆ Capacitar a los padres para cooperar y generalizar las adquisiciones del programa individual al hogar.
- ◆ Jornadas de hasta 5 horas cronológicas de actividades.

Características de esta etapa:

- ◆ Favorecer y estimular la interacción del alumno en grupos reducidos para su posible integración a un ambiente escolar común o especial.

Cuarta Etapa:

Objetivos:

- ◆ Proporcionar ambientes semiestructurados y naturales para estimular la generalización.
- ◆ Continuar la formación del alumno para el logro de su independencia y seguridad personal.

Características de esta etapa:

- ◆ Afianzar logros de etapas anteriores.
- ◆ Aumentar el nivel de exigencia.
- ◆ Mayor autonomía en la realización de actividades.

Quinta Etapa:

Objetivos:

- ◆ Favorecer y estimular la interacción del alumno en grupos reducidos para su posible integración a un ambiente de escuela común o especial.

- ◆ Favorecer y estimular el desarrollo de habilidades tendientes a posibilitar el desempeño de un oficio o parte de él, en forma semi-independiente o dependiente.

Características de esta etapa:

- ◆ Mayor tiempo en trabajo grupal.
- ◆ Ampliación de la comunicación adquirida.
- ◆ Desarrollo de destrezas que favorezcan el aprendizaje de un oficio.
- ◆ Trabajo en ambientes semiestructurados, estructurados y naturales.

- a) Tratamiento educacional de las personas que presentan trastornos graves y/o déficit psíquicos.

Debido a la heterogeneidad de los educandos con alteraciones graves del comportamiento, pueden integrarse a los Niveles de Trabajo que establece el plan de estudio, las personas que cumplan ALGUNO de los siguientes requisitos, que constituyen sólo una guía para facilitar la organización de los niveles de trabajo:

Nivel 1:

- ◆ Repertorios conductuales básicos bajo un 50% de acierto (atención, imitación y seguimiento de instrucciones).
- ◆ Presencia de conductas desadaptativas que interfieren en el medio y en situaciones de enseñanza-aprendizaje (Autoagresión, heteroagresión, destrucción de objetos, negativismo, oposicionismo, etc.).
- ◆ Necesidad permanente de estímulo y apoyo físico para la realización de todas las actividades.
- ◆ Control de esfínteres diurno: menos de 50% de éxito.
- ◆ Conductas básicas de autocuidado bajo un 50% de éxito.
- ◆ Lenguaje expresivo: sonidos naturales y/o juego vocálico.
Lenguaje receptivo: inferior a un 40% de acierto.
- ◆ Sin contacto social espontáneo.
- ◆ Desarrollo psicomotor, promedio: 2 años (edad cronológica).

Nivel 2:

- ◆ Repertorios conductuales básicas sobre un 50% de acierto.
- ◆ Ejecución de actividades con estímulo verbal, gestual, físico y/o imitación.
- ◆ Control de esfínteres diurno entre un 40% y 80 % de éxito.
- ◆ Ejecutar con estímulo verbal, gestual y/o físico de algunas cadenas motoras de habituación.
- ◆ Lenguaje expresivo: nivel palabra: frase generalmente inducida.
- ◆ Lenguaje receptivo: sobre un 40% de acierto.
- ◆ Desarrollo psicomotor, promedio: 3 años (edad cronológica).
- ◆ Pueden encontrarse conductas desadaptadas graves.
- ◆ Puede existir contacto social espontáneo.
- ◆ Conductas básicas de autocuidado entre un 50% y 80% de éxito.

Nivel 3:

- ◆ Repertorios conductuales básicos sobre un 80% de éxito.
- ◆ Control de esfínteres diurno sobre un 80% de éxito.
- ◆ Sin conductas desadaptativas graves.
- ◆ Lenguaje estructurado, espontáneo o inducido. Comprende instrucciones simples y algunas complejas con repetición.
- ◆ Puede existir contacto social espontáneo.
- ◆ Ejecución de actividades con instrucción verbal, ocasionalmente gestual o física.
- ◆ Demuestran generalmente conductas de autocuidado, tales como: lavado de manos, peinarse, vestirse o desvestirse.

- ◆ Desarrollo psicomotor, promedio: 5 años (edad cronológica).

Nivel 4:

- ◆ Repertorios conductuales básicos establecidos.
- ◆ Control de esfínteres diurno.
- ◆ Lenguaje estructurado generalmente espontáneo.
- ◆ Sin conductas desadaptativas o con baja frecuencia y/o intensidad.
- ◆ Conductas de autocuidado instauradas.
- ◆ Desarrollo psicomotor, promedio: 7 años (edad cronológica).
- ◆ Contacto social espontáneo.
- ◆ Ejecución de actividades con instrucción verbal gestual.
- ◆ Sin conductas desadaptativas graves.

ARTICULO 8°. El progreso de los educandos se evaluará a través del registro de las conductas en aspectos motores, fisiológicos, cognitivos y/o sociales que permitan identificar los avances individuales en interacción con un ambiente determinado.

El proceso evaluador no se limitará al período previo al tratamiento, sino que continuará durante el proceso educativo o persistiendo en la evaluación de éste y de su seguimiento.

Se considera como área globalizadora al aspecto social, ya que en estos educandos lo fundamental es el logro de conductas adaptativas y de aprendizaje funcionales de la vida diaria. Las áreas consideradas en el Plan Común, son utilizadas como mediadores, entendiéndose por éstos a ciertas actividades básicas para estimular la aparición y/o disminución de conductas.

El progreso de los educandos de preferencia se evaluará a través del logro de objetivos planteados para el Área Social, en los niveles 1 y 2, a los que se agregan logros vocacionales en los niveles 3 y 4.

ARTICULO 9°. Los criterios técnicos considerados en el presente decreto para las instancias de diagnóstico y atención educativa, constituyen recomendaciones para los establecimientos educacionales que atiendan a este tipo de educandos, sin perjuicio de que puedan utilizarse otras metodologías que mejor se adecúen a la realidad de dicho establecimiento.

ARTICULO 10°. Agrégase al artículo 9° del Decreto Supremo de Educación N° 8.144, de 1980, la siguiente letra e):

“e) Los que padezcan de graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación que alteran su adaptabilidad social, comportamiento y desarrollo individual (autistas, niños con trastornos graves y/o déficit psíquicos y disfasia severa)”.

ARTICULO 11°. La supervisión de este plan y programas de estudio y la resolución de las situaciones no previstas en el presente decreto corresponderán a la División de Educación General, dentro de la esfera de sus atribuciones.

ARTICULO 12°. Los planes y programas de estudio aprobados por el presente decreto se adecuarán, a los objetivos fundamentales y contenidos mínimos que el Ministerio de Educación deberá establecer, de acuerdo a la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza.

ANÓTESE, TÓMESE RAZÓN, PUBLÍQUESE E INSÉRTESE EN LA RECOPIACIÓN OFICIAL DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA.

PATRICIO AYLWIN AZOCAR

PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

ALEJANDRO FOXLEY RIOSECO
MINISTRO DE HACIENDA

RICARDO LAGOS ESCOBAR
MINISTRO DE EDUCACIÓN