

INFORMACION PARA EL ALUMNO

NORMAS BÁSICAS DE COMPORTAMIENTO DEL ALUMNO

- El alumno se comprometerá a **observar las normas de régimen interno** del Hospital y del Centro a los que se incorpore.
- **Colaborará con el personal** sanitario y administrativo del Hospital o el Centro y seguirá sus orientaciones
- **Guardará absoluta discreción** acerca de la información que pueda conocer de los enfermos, que debe considerar secreto profesional. No le está permitido informar a familiares y amigos de los enfermos acerca de los datos que conozca, debiendo remitir a quien los solicite al Profesor/Colaborador de las Prácticas.
- **No está autorizado a firmar ningún tipo de documento** de los habitualmente utilizados en el hospital o centro y no puede realizar ningún tipo de indicación terapéutica.
- **Mostrará un respeto exquisito hacia el material e infraestructuras**, tanto del Hospital o Centro, procurando hacer un buen uso de los mismos. En ningún momento podrá disponer para uso personal de medicamentos o material hospitalario.
- **Acudirá al hospital o centro provisto de bata blanca limpia o pijama, calzado con suela limpia** y otro material que sea de utilidad clínica.
- Extremará **el cuidado de su higiene personal y vestimenta**. En el Hospital y en el Centro está prohibido fumar. En cualquier caso, queremos recordar que el tabaco es claramente perjudicial para la salud, y que profesional de Ciencias de la Salud fumador es un pésimo ejemplo para los pacientes y la sociedad en general.
- No deberá levantar la voz y se **comportará con suma corrección** tanto en el ámbito asistencial como en las aulas y dependencias docentes.
- Deberá **comunicar al Profesor/Colaborador cualquier problema** que le surja en el Hospital o Centro, durante su aprendizaje en el medio clínico.

La inobservancia de las presentes normas podrá conllevar una sanción, que puede alcanzar incluso la comunicación de la infracción a la Inspección de Servicios de la Universidad para que instruya el correspondiente expediente.

OBJETIVOS DEL PORTAFOLIOS

1.- AYUDAR A LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS

- **Conocimientos de Terapia Ocupacional:** Demostrar, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos de intervención en Terapia Ocupacional/Ergoterapia en las disfunciones subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas, psiquiátricas y psicológicas, en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo en equipo.
- **Comunicación:** Demostrar habilidades de comunicación verbales, no verbales y escritas en un rango amplio de actividades relevantes para la práctica profesional.
- **Habilidades Ocupacionales:** Realizar adecuadamente la Historia Clínica de Terapia Ocupacional y la Valoración Funcional y demostrar que se usan con efectividad determinados procedimientos clínicos.
- **Razonamiento Clínico:** Manejar, compensar y prevenir problemas de discapacidades y minusvalías en los individuos, aconsejar a las familias y concienciar a la Comunidad. Interpretar hallazgos y plantear objetivos, planificar un tratamiento y una intervención de Terapia Ocupacional.
- **Autoaprendizaje (“life-long learning”):** Aprender a aprender por uno mismo y utilizar esta competencia durante toda su vida profesional.
- **Profesionalismo:** Demostrar conocimiento y conducta que sean afines a los más altos estándares de la práctica profesional, incluyendo la empatía, el humanismo y las acciones éticamente responsables en todas las actuaciones clínicas.
- **Desarrollo Personal:** Desarrollar y analizar las necesidades personales (aprendizaje, cuidado de la salud física y mental) y diseñar un plan personal para el propio desarrollo profesional, logrando un equilibrio adecuado entre la vida profesional y la personal.
- **Práctica Reflexiva:** Demostrar el hábito de analizar las experiencias cognitivas y afectivas que lleven al reconocimiento de las necesidades de aprendizaje, y a la integración y síntesis del nuevo conocimiento adquirido.

2.- PROPICIAR EL HABITO DE REFLEXIONAR SOBRE EL PROPIO APRENDIZAJE Y LAS EXPERIENCIAS PROFESIONALES Y DE REGISTRAR POR ESCRITO ASPECTOS RELACIONADOS CON ELLAS QUE EL ALUMNO CONSIDERE RELEVANTES.

COMPOSICIÓN DEL PORTAFOLIOS

1) **HOJA DE IDENTIFICACIÓN:** Nombre del alumno, lugar de la práctica, fechas de las rotaciones, y Profesor o Colaborador responsable de que el alumno cumplimente la hoja inserta en el Portafolio.

2) **HISTORIA/S CLINICA/S DE TERAPIA OCUPACIONAL.** El estudiante debe rellenar, **como mínimo**, la profesión, la anamnesis del problema, interrogatorio por órganos y aparatos, los antecedentes personales y familiares y la valoración funcional, que debe ser COMPLETA, mencionando también su normalidad. Estas historias deben estar manuscritas, con las correcciones o modificaciones realizadas por el estudiante y por el Profesor o Colaborador sobre las mismas, y no debe figurar el nombre completo del paciente. Estas historias NO DEBEN quedarse en la historia del paciente.

Se deben utilizar las hojas de Historia Clínica que el Departamento o Centro posea como modelo propio. Pero, si por las características del Centro, éste no tuviera ningún Modelo de Historia, se le facilita uno en la página 6 de este documento.

Siempre primará el modelo del Centro y solo cuando no exista se utilizará el que se facilita en el documento y además se tiene que hacer constar que el Centro NO tiene modelo de Historia Clínica o no la realizan de forma habitual, y esta circunstancia deberá ser aceptada y firmada por el Tutor del Centro.

3) **PRUEBAS DE VALORACIÓN DEL PACIENTE E INTERVENCIÓN:** Selección por parte del estudiante entre las diferentes Escalas, Test y otras pruebas de valoración, la/s que sean idóneas y aplicables a cada caso. Diseño de una intervención.

4) REDACCIÓN DE UNA MEMORIA

5) **COMENTARIO FINAL** de estilo libre, que es opcional aportar, pero que resulta de gran utilidad. Una de las fuentes más valiosas de información para “calibrar” lo que realmente pasa en un currículum se deriva de los comentarios libres que hacen los estudiantes. Por ello es sumamente importante que el alumno la redacte con mayor o menor extensión.

Nota importante: No es archivable un “*diario de acciones*”. No es necesario ni conveniente “escribir mucho” en el portafolio tipo apuntes (“*todo lo que se dice; todo lo que se hace*”). Sólo seleccionar lo que es importante para el estudiante (saber hacer historias clínicas de Terapia Ocupacional, e integrarse en la tarea clínica diaria), lo que parece relevante por paciente y preguntarse uno mismo que es lo que “no sabes”, y saber buscar y encontrar respuestas, aplicar la reflexión y el autoaprendizaje, así como efectuar informes muy sintéticos del resto de actividades.

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

TRABAJO INDIVIDUALIZADO DEL ESTUDIANTE
EN CADA ROTACIÓN

ALUMNO/A:

AÑO DE ESTUDIOS: 4º

HOSPITAL/CENTRO:

Período de rotación: Desde.....a.....

DPTO/SERVICIO:

RESPONSABLE **INMEDIATO** **DEL**

ALUMNO:.....

.....

HISTORIA CLÍNICA

El estudiante debe rellenar, **como mínimo**, la profesión, la anamnesis del problema, interrogatorio sobre los antecedentes médicos los antecedentes personales y familiares y la valoración funcional, que debe ser COMPLETA, mencionando también su normalidad. Estas historias deben estar manuscritas, con las correcciones o modificaciones realizadas por el estudiante y por el Tutor de Prácticas sobre las mismas, y no debe figurar el nombre completo del paciente. Estas historias NO DEBEN quedarse en la historia del paciente.

Se deben utilizar las hojas de Historia Clínica que el Departamento o Centro posea como modelo propio. Pero, si por las características del Centro, éste no tuviera ningún Modelo de Historia, se le facilita uno a continuación.

Siempre primará el modelo del Centro y solo cuando no exista se utilizará el que se facilita en el documento y además se tiene que hacer constar que el Centro NO tiene modelo de Historia Clínica o no la realizan de forma habitual, y esta circunstancia deberá ser aceptada y firmada por el Tutor del Centro.

MODELO DE HISTORIA CLÍNICA

(Utilizar solo si en el centro de prácticas no existe un modelo de historia clínica)

DATOS GENERALES

Filiación: Iniciales de nombre y apellidos del paciente (**No poner el nombre y apellidos del paciente**).

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Nivel de estudios:

Profesión/es

Motivo de ingreso:

Fecha de evaluación:

DATOS CLINICOS

Anamnesis: Enfermedad actual clara y secuencialmente relatada, apropiada a la edad del paciente y a sus circunstancias. Antecedentes patológicos, personales y familiares concretos.

Anamnesis por aparatos. Al final de la anamnesis señalar los datos de la misma que resultan más significativos y relevantes para la intervención en Terapia Ocupacional.

Diagnóstico principal:

Otros diagnósticos:

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

PRUEBAS DE EVALUACIÓN ADMINISTRADAS Y RESULTADOS (PUNTUACIONES CUANTITATIVAS) OBTENIDOS

- **Valoración funcional** (actividades de la vida diaria básicas e instrumentales)
- **Aspectos motores** (fuerza muscular, rango articular, esquema corporal, control postural...)
- **Componentes sensoriales** (vista, oído, sensibilidad, propiocepción...)
- **Valoración de componentes cognitivos** (nivel de conciencia, atención, memoria, orientación, lenguaje, praxias, gnosias, funciones ejecutivas...)
- **Valoración de componentes relacionados con procesos psiquiátricos** (afecciones psiquiátricas, trastornos de la conducta...)
- **Componentes psicosociales** (intereses, autocontrol/ansiedad, habilidades sociales, problemas conductuales, estado de ánimo...)

Identificación de problemas.

Análisis de la actividad

Incluir estas valoraciones, siempre que sean aplicables a la práctica que se esté realizando

INTERVENCIÓN

Objetivos.

Planificación del Tratamiento: Individual y/o Grupal. Actividades

Intervención de Terapia Ocupacional.

Evaluación y modificación del entorno: si se realiza en el Hospital/Centro

MEMORIA

Extiéndete cuanto consideres necesario en el desarrollo de los puntos de esta memoria. Después de elaborarla debe ser entregada a tu Tutor para que la revise.

1. **Descripción de las características del Departamento de Terapia Ocupacional/Unidad.**
2. **Descripción de las actividades realizadas en las prácticas**
 - Descripción del tipo de disfunciones recibidas en el Departamento/Unidad.
 - Descripción de las actividades realizadas en las prácticas.
 - Reuniones de equipo.
 - Otras.
3. **Elementos para la discusión:**
 - Aspectos éticos en la práctica clínica: confidencialidad.
 - Descripción de las Valoraciones que se realizan en el Departamento/Unidad.
 - Descripción de los Tratamientos planificados.
 - Utilización de medios de valoración y/o guías.
 - Planes terapéuticos.
 - Evaluaciones y adaptaciones del entorno.
 - Otros.
4. **Conclusiones y/o reflexiones (grado de consecución de los objetivos docentes y las expectativas previas: qué he aprendido, qué me queda por aprender, etc.).**

Propuestas / sugerencias de mejora.

EXPLICACIÓN PARA VALORACIÓN DEL PORTAFOLIOS

Evaluación del portafolio.

La valoración del portafolio presentado por cada estudiante considerará cinco apartados: (1) **Aspectos Generales**; (2) **Cumplimiento de Objetivos Operativos**; (3) **Historias Clínicas**; (4) **Evolución apreciada en el alumno**; (5) **Redacción de una Memoria**.

Definición de los apartados mencionados:

(1)ASPECTOS GENERALES (COMPETENCIAS). Incluye la asistencia al Hospital/Centro/Unidad, puntualidad, comportamiento en el Departamento de Terapia Ocupacional, con el personal, pacientes y familiares, aspecto físico y participación en las actividades. También incluye la evaluación de las habilidades demostradas por el alumno durante su estancia en el centro.

La puntuación máxima de este apartado sería de 2 puntos.

(2)CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS OPERATIVOS. En este apartado se considerará el visado de los objetivos operativos por el Profesor/Colaborador, que confirman su realización o adquisición de las competencias.

En relación con el **Cumplimiento de objetivos operativos**, con una puntuación máxima de **2 puntos**, la consecución de cada uno de los objetivos será calificada con un máximo de 0,5 puntos.

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS OPERATIVOS

Marcar las fechas de cumplimiento de cada objetivo operativo.

OBJETIVO	FECHAS	VISADO DEL TUTOR DE PRACTICAS
Haber realizado, con asesoramiento o supervisión del Profesor/Colaborador, al menos una Valoración Funcional.		
Haber realizado con el Profesor/Colaborador el comentario de al menos 1 Historia de Terapia Ocupacional en el Departamento de Terapia Ocupacional delimitando las particularidades de la valoración y planificación del tratamiento.		
Haber diseñado y realizado una actividad ocupacional terapéutica dirigida a un grupo		
Haber realizado con el Profesor/Colaborador el abordaje socio-familiar de un paciente, si las características del Hospital/Centro lo permiten		

(3) HISTORIA CLÍNICA: puntuación máxima 2 puntos

Calidad de las Historia: x 2 si es Hª perfecta, x 1,5 si historia buena (notable), x 1 si historia aceptable y x 0,5 si historia deficiente

Si presenta más de 1 historias, cada una de ella se valorará de la misma forma, pero la puntuación final nunca podrá superar los 2 puntos.

Si presenta solo 1, la calificación será la que corresponda de multiplicar 1 x coeficiente de calidad de cada historia.

(4) EVOLUCIÓN APRECIADA EN EL ALUMNO A LO LARGO DE LA ROTACIÓN: Con una puntuación máxima de 1 punto

Puntuación Evolución:

- No adaptación al Centro de Prácticas: menos 1
- Sin evolución apreciable: 0 puntos
- Discreta evolución: 0,5
- Evolución apreciable: 1 punto

(5) **REDACCIÓN DE UNA MEMORIA**, con una puntuación máxima de 3 *puntos*, se valorará mediante la suma de la calificación de los cinco apartados que se detallan más abajo, cada uno con un valor máximo de 0,6 puntos.

- Descripción breve de las características del Hospital/Centro y Departamento
- Descripción de las Disfunciones trabajadas
- Descripción de Objetivos Generales de los Tratamientos
- Descripción de las actividades e intervenciones realizadas
- Elementos a añadir de forma voluntaria:
 - Actividad ocupacional terapéutica dirigida a un grupo
 - El abordaje socio-familiar de un paciente
 - Una adaptación de domicilio y entorno.

CALIFICACIÓN FINAL DE LA ASIGNATURA

Se obtendrá a partir de las puntuaciones de todos los Hospitales/Centros/Unidades correspondientes a la Asignatura, dependiendo del tiempo de cada estancia. La nota final oscilará entre 0 y 10.