ANEXO 3 OBLIGACIÓN GENERAL: INFORME DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

UNIÓN TEMPORAL CORAZÓN DE JESÚS
Carrera 1 # 55-00 Neiva, Huila
(+57) 3175730749- E- Mail uniontemporalsm2025@gmail.com

INFORME DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

PERIODO REPORTADO	01-04-26 al 19-04-26
NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL REPORTE	Olga Lucía Luna Gasca
PROFESIÓN	Enfermera Jefe
LUGAR DE ACTIVIDADES	Centro de Protección al adulto mayor “San Matías”
OBJETIVO GENERAL	Brindar cuidados integrales de enfermería al adulto mayor, orientados a promover su bienestar físico, emocional y social, fomentando la autonomía, previniendo complicaciones de salud y asegurando una atención segura, humanizada y de calidad acorde a sus necesidades individuales.

Actividades Desarrolladas	Objetivo	Fecha	Evidencia
1. Lavado de manos de los Adultos Mayores.	Prevenir infecciones y promover hábitos de higiene.	Diaria – Durante en mes de Abril	Anexo registro fotográfico de lavado de manos de los adultos mayores
2. Desinfección de cama y arreglo de la unidad del residente.	Garantizar condiciones de higiene, seguridad y confort.	Diaria – Durante en mes de Abril	Anexo registro fotográfico de desinfección y arreglo de la unidad del residente
3. Administración y registro de Medicamentos.	Asegurar la administración segura y el control del tratamiento.	Diaria– Durante en mes de Abril	Anexo registro fotográfico de administración y registro de medicamentos

4. Baño general diario en ducha al Adulto Mayor y personas en condición de discapacidad.	Mantener higiene corporal y bienestar general.	Diaria – Durante el mes de Abril	Anexo registro fotográfico de baño general diario en ducha al Adulto Mayor y personas en condición de discapacidad
5. Cepillado de dientes o lavado de prótesis dental del adulto mayor	Prevenir infecciones bucales y mejorar salud oral.	Diaria – Limpieza especial: Lunes y Jueves (Hombres) Martes y Viernes (Mujeres). Durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de Limpieza bucal (Cepillado de dientes para los que aplique y lavado de prótesis).
6. Rasurado facial	Mantener higiene y presentación personal.	Martes, Jueves y sábados – Durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de rasurado facial
7. Corte de uñas al adulto mayor	Prevenir lesiones e infecciones.	Miércoles y sábados (Hombres), Lunes y Jueves (Mujeres), durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de corte de uñas
8. Traslado del residente a la	Garantizar descanso seguro y	Diaria – Durante	Anexo registro fotográfico de

unidad para proporcionar descanso y sueño	adecuado.	el mes de Abril.	traslado del residente a la unidad para proporcionar descanso y sueño
9. Cambio de posición del residente dependiente y semidependiente	Prevenir úlceras por presión.	Diaria – Durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de cambio de posición del residente dependiente y semidependiente
10. Asistencia alimentaria al Adulto Mayor con algún tipo de discapacidad (si aplica).	Garantizar nutrición segura y adecuada.	Diaria – Durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de asistencia alimentaria al Adulto Mayor con algún tipo de discapacidad
11. Traslado a toma de sol de los residentes	Promover bienestar físico y emocional.	Diaria o según condición	Anexo registro fotográfico de traslado a toma de sol
12. Notas de Enfermería.	Registrar evolución y cuidados brindados.	Diaria – Durante el mes de Abril .	Anexo registro fotográfico de notas de enfermería
13. Diligenciamiento de otros registros de enfermería	Garantizar trazabilidad y cumplimiento normativo.	Diaria – Durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de diligenciamiento de otros registros de enfermería
14. Tamizaje de signos vitales	Monitorear el estado de salud.	Diaria – Durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de toma diaria de signos vitales
15. Valoración de Enfermería	Identificar necesidades y riesgos del residente.	Diaria - durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de valoración de Enfermería
16. Hidratación oral	Prevenir deshidratación.	Diaria – Durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de hidratación oral
17. Seguimiento en la alimentación	Verificar tolerancia e ingesta adecuada.	Diaria – Durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de seguimiento en la alimentación

18. Paseo y deambulación del residente	Fomentar movilidad y bienestar.	Diaria – según tolerancia	Anexo registro fotográfico de paseo y deambulación del residente
19. Hidratación de piel.	Prevenir resequedad y lesiones.	Martes y Viernes (Hombres), Miércoles y Sábados (Mujeres) – Durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de hidratación de piel
20. Revisión de los registros de enfermería.	Verificar consistencia y completitud.	Diaria – Durante el mes de Abril.	Anexo registro fotográfico de la revisión de los registros de enfermería
21. Recibo y entrega de turno	Garantizar continuidad del cuidado.	Diaria – cada turno	Anexo registro fotográfico de recibo y entrega de turno
22. Aseo y desinfección del área de medicamentos, curaciones y estaciones de enfermería según cronograma	Mantener condiciones de bioseguridad.	Según cronograma	Anexo registro fotográfico de aseo y desinfección del área de medicamentos, curaciones y estaciones de enfermería según cronograma
23. Curaciones	Prevenir complicaciones y promover la cicatrización	Según necesidad y ordenes médicas	Anexo registro fotográfico de curaciones
24. Atención domiciliaria de fisioterapia, fonoaudiología y/o	Favorecer funcionalidad y comunicación.	Según plan terapéutico	Anexo registro fotográfico de atención domiciliaria de

nutrición a algunos residentes			fisioterapia y/o fonoaudiología a algunos residentes
25. Traslado de los Adultos Mayores a consulta médica ambulatoria, laboratorios clínicos u otros procedimientos.	Garantizar acceso oportuno a servicios de salud.	Según necesidad y ordenes médicas.	Anexo registro fotográfico de traslado de los Adultos Mayores a consulta médica ambulatoria, laboratorios clínicos u otros procedimientos
26. Solicitud de autorizaciones de servicios de salud ante la EPS (valoraciones y controles con especialistas, laboratorios, ayudas diagnósticas).	Garantizar continuidad de la atención.	Según necesidad	Anexo registro fotográfico de solicitud de autorizaciones de servicios de salud ante la EPS
27. Programación de citas médicas y con especialistas ante la red prestadora de servicios de salud de las diferentes EPS, en donde están asegurados los adultos mayores	Asegurar oportunidad en la atención.	Según necesidad	Anexo registro fotográfico de programación de citas médicas
28. Se realiza proceso de facturación de las citas programadas	Soportar administrativamente la atención.	Mensual	Anexo registro fotográfico de proceso de facturación de las citas programadas

29. Reclamación de medicamentos, resultados de laboratorios clínicos y/o trámites de preparación y programación de cirugías entre otros.	Asegurar disponibilidad y continuidad del tratamiento.	Según necesidad	Anexo registro fotográfico de reclamación de medicamentos, resultados de laboratorios clínicos Etc
30. Traslado y atención del residente en el servicio de urgencias	Diagnosticar oportunamente, prevenir complicaciones y establecer un plan de atención seguro	Según necesidad	Anexo registro fotográfico de traslado y atención del residente en el servicio de urgencias

ANEXOS – REGISTRO FOTOGRÁFICO

1. LAVADO DE MANOS DE LOS ADULTOS MAYORES



Fuente propia: Lavado de manos de los adultos mayores.

2. DESINFECCIÓN DE CAMA Y ARREGLO DE LA UNIDAD DEL RESIDENTE



Fuente propia: Desinfección de cama y arreglo de la unidad del residente

3. ADMINISTRACIÓN Y REGISTRO DE MEDICAMENTOS



Fuente Propia: Administración y registro de medicamentos a adultos mayores

4. BAÑO GENERAL DIARIO EN DUCHA AL ADULTO MAYOR Y PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD



Fuente propia: Baño general diario en ducha al Adulto Mayor y personas en condición de discapacidad

5. CEPILLADO DE DIENTES O LIMPIEZA DE PRÓTESIS DENTAL DEL ADULTO MAYOR



Fuente Propia: Cepillado de dientes o limpieza de prótesis dental del adulto mayor:

6. RASURADO FACIAL



Fuente Propia: Rasurado facial al adulto mayor:

7. CORTE DE UÑAS AL ADULTO MAYOR



Fuente Propia: Corte de uñas al adulto mayor

8. TRASLADO DEL RESIDENTE A LA UNIDAD PARA PROPORCIONAR DESCANSO Y SUEÑO



Fuente Propia: Traslado del residente a la unidad para proporcionar descanso y sueño

9. CAMBIO DE POSICIÓN DEL RESIDENTE DEPENDIENTE Y SEMIDEPENDIENTE



Fuente Propia: Cambio de posición del residente dependiente y semidependiente

10. ASISTENCIA EN LA ALIMENTACIÓN DEL RESIDENTE DEPENDIENTE



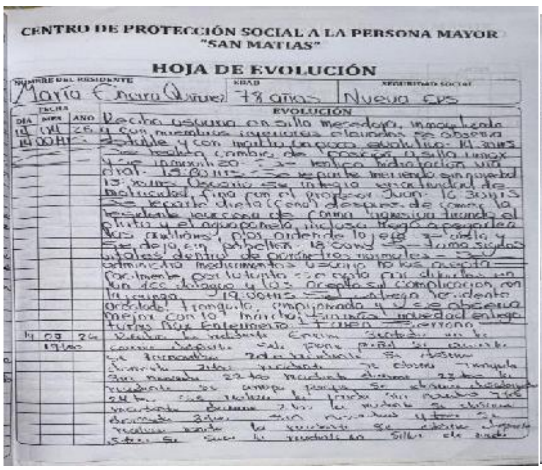
Fuente Propia: Asistencia en la alimentación al adulto mayor

11. TRASLADO DE LOS RESIDENTES A TOMA DE SOL



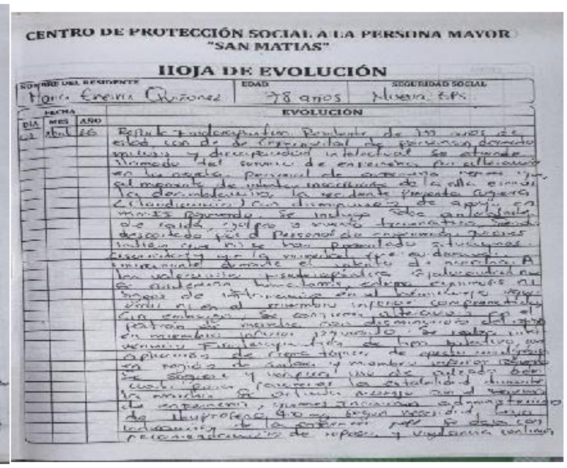
Fuente Propia: Traslado de los residentes a toma de sol

12. NOTAS DE ENFERMERÍA



CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR
"SAN MATIAS"
HOJA DE EVOLUCIÓN

NOMBRE DEL RESIDENTE	EDAD	SEGURIDAD SOCIAL
María Enaira Quiñonez	78 años	Nueva EPS



CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR
"SAN MATIAS"
HOJA DE EVOLUCIÓN

NOMBRE DEL RESIDENTE	EDAD	SEGURIDAD SOCIAL
María Enaira Quiñonez	78 años	Nueva EPS

Fuente Propia: Notas de en fermería

13. DILIGENCIAMIENTO DE OTROS REGISTROS DE ENFERMERÍA



Fuente Propia: Diligenciamiento de otros registros de enfermería

14. TAMIZAJE DE SIGNOS VITALES



Fuente Propia: Tamizaje de signos vitales

15. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA



Fuente propia: Valoración de enfermería

16. HIDRATACIÓN ORAL



Fuente propia: Hidratación oral

17. SEGUIMIENTO EN LA ALIMENTACIÓN



Fuente propia: Seguimiento en la alimentación

18. PASEO Y DEAMBULACIÓN DEL RESIDENTE



Fuente Propia: Deambulación a adultos mayores .

19. **HIDRATACIÓN DE PIEL**



Fuente Propia: Hidratación de piel al adulto mayor

20. REVISIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA





Fuente propia: Revisión de los registros de enfermería

21. RECIBO Y ENTREGA DE TURNO



Fuente propia: Recibo y entrega de turno

22. ASEO Y DESINFECCIÓN DEL ÁREA DE MEDICAMENTOS, CURACIONES Y ESTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN CRONOGRAMA



Fuente propia: Aseo y desinfección del área de medicamentos, curaciones y estaciones de enfermería según cronograma

23. CURACIONES



Fuente propia: Curaciones

24. ATENCIÓN DOMICILIARIA DE FISIOTERAPIA , FONOAUDIOLOGÍA Y/O NUTRICION A ALGUNOS RESIDENTES



Fuente propia: Atención domiciliaria de fisioterapia y/o fonoaudiología a algunos residentes

25. TRASLADO DEL ADULTO MAYOR A CITAS MÉDICAS



Fuente Propia: Traslado del adulto mayor a citas médicas.

26. SOLICITUD DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD ANTE LA EPS



Fuente Propia: Solicitud de autorizaciones de servicios de salud ante la EPS

27. PROGRAMACIÓN DE CITAS MÉDICAS Y CON ESPECIALISTA



Fuente Propia: Programación de citas médicas y con especialistas

28. PROCESO DE FACTURACIÓN DE LAS CITAS PROGRAMADAS



Fuente Propia: Proceso de facturación de las citas programadas

29. RECLAMACIÓN DE MEDICAMENTOS, RESULTADOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS ETC



Fuente Propia: Reclamación de medicamentos, resultados de laboratorios clínicos Etc.

30. **TRASLADO Y ATENCION DEL RESIDENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**



Fuente Propia: Traslado y atención en el servicio de urgencias

INFORME DE ACTIVIDADES ÁREA DE FISIOTERAPIA
Periodo: 01 al 19 de abril de 2026

Tipo actividad	Nombre de la actividad	Objetivo	Fecha	Evidencia
Grupal	Apoyo a las actividades espirituales y religiosas (santa misa con lavatorio de pies)	Favorecer el bienestar emocional, espiritual y sentido de pertenencia	01 de abril de 2026	
Individual	Valoración fisioterapéutica inicial	Evaluar condición funcional, movilidad y riesgo de caída; Identificar necesidades terapéuticas individuales; Establecer plan de intervención personalizado; Evaluar funcionalidad en AVD; Medir equilibrio y marcha; Identificar limitaciones musculoesqueléticas; Clasificar nivel de dependencia. Las valoraciones se realizarán por jornadas de 4 a 5 residentes, donde se	06,07,09,10,13, 13,15,16,17,18 de abril de 2026	Anexo instrumento de evaluación fisioterapéutica: 1. Avendaño Guzmán Wilson Augusto 2. Claver Orlando 3. Cuenca Pedro 4. Durán Canacué Jorge 5. Garzón Tovar Manuel 6. Guzmán Bustos Pablo Emilio 7. Lemos Javier 8. Medina Cabrera Jairo 9. Nieva Escobar Manuel 10. Ospina Orlando 11. Perdomo Jorge 12. Pérez Ortiz Leonardo 13. Rivera José Eustasio 14. Sánchez Tovar Germán

				15. Silva Hurtado Asunción 16. Velásquez Jesús María 17. Victoria Jesús Antonio 18. Andrade Aracely 19. Andrade Marta 20. Avendaño Leidy Johanna 21. Betancourt Judith Esneyder 22. Caicedo Carmen rosa 23. Cárdenas Albañil Celsa 24. Claver Rosa María 25. Claver Sofía 26. García Bertilda 27. García María Cristina 28. González de Córdoba Cecilia 29. Leyton Calderón Leonilde 30. Millán Soto Maritza 31. Moreno Lucila 32. Mosquera Lasso Anarcila 33. Quintero María

				34. Quiñones Males María Eneria 35. Saavedra Losada Marleny 36. Sánchez Rosero Nelcy 37. Silva Pilar 38. Suns Cuchimba Isabel 39. Trujillo Caicedo Modesta 40. Vargas Aminta 41. Zambrano Perdomo Rosa María
Grupal	Apoyo a la actividad con la ejecución la técnica de Yoga somático terapéutico y adaptado acompañado de método de relación.	Mejorar conciencia corporal, respiración y relajación de nuestros residentes y del personal. Por medio de técnicas que le permitan un bienestar entre su cuerpo y mente. Participantes: 1. Adultos mayores del centro de protección San Matías. 2. Personal asistencial y	08 de abril de 2026	

		administrativo.		
Grupal	Celebración del día de la actividad física	llevar a cabo una jornada recreativa y terapéutica orientada a promover el movimiento corporal, la participación y el bienestar integral de los residentes. A través de ejercicios grupales adaptados, circuitos con conos, aros y actividades de coordinación, equilibrio y marcha asistida, se favoreció la movilidad, la estimulación motora y la interacción social en un ambiente seguro, dinámico y motivador.	14 de abril 2026	Acta 14 de abril de 2026
Individual	Seguimiento fisioterapéutico individual y reporte de novedades clínico-funcionales	Realizar seguimiento individual a los hallazgos identificados durante las jornadas de valoración fisioterapéutica, con énfasis	06 al 18 de abril de 2026	Acta Seguimiento del plan de atención integral por terapia física y reporte de novedades derivado de la valoración fisioterapéutica

		en la detección oportuna de alteraciones en la integridad cutánea, zonas de presión, riesgo funcional y condiciones que requieren articulación con el personal de enfermería, favoreciendo la continuidad del cuidado integral del adulto mayor institucionalizado.		Anexo: Registro de ejecución y seguimiento de plan de atención integral 06 al 18 de abril 2026
Individual	Seguimiento, valoración y evolución en atención de caídas - Terapia física	Realizar seguimiento fisioterapéutico a los residentes, identificar la evolución de la alteración según las novedades, documentar los hallazgos relevantes de las atenciones y dar continuidad a las recomendaciones preventivas y al acompañamiento interdisciplinario.	07 y 08 de abril 2026	Formato de registro de seguimiento, valoración y evolución en atención de caídas - terapia física Residente: 1. Quiñones Males María Eneria 2. Martha Andrade

Individual	Seguimiento de plan de atención integral por terapia física	Mantener la capacidad funcional del residente mediante las intervenciones fisioterapéutica orientada a preservar su funcionalidad y cuidado integral.	10 de abril 2026	Formato de seguimiento de plan de atención integral por terapia física 1. Residente:Judith Betancourt



Firma del Profesional
TP.00149

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	CECILIA GONZALEZ DE CORDOBA					Edad	87 AÑOS
HC:	26.435.292	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Amaurosis izquierda, dermatomicosis y discapacidad intelectual						

Número de identificación del entrevistado	26.435.292
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Amaurosis izquierda, la dermatomicosis y la discapacidad intelectual,	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 126/76mmhg F.R 16rxm F.C 76lxm T° 35,9 %SpO2 94%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	X

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	Generalizada

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **11/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 (2) 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	11	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	Secuela de fx de cubito y radio

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: califica como comprometida de forma leve a moderada, principalmente por la limitación funcional que puede generar la discapacidad intelectual en la comprensión, seguimiento de órdenes, coordinación motora y adaptación al entorno, sumado a la alteración visual por amaurosis izquierda, la cual puede afectar la orientación espacial, el equilibrio, la seguridad en la marcha y el desplazamiento funcional.

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente: CONSERVADO | Lateral: CONSERVADO | Bipedo: CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion funcional conservando ciertos grados amplitud de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria adulta mayor con antecedentes patológicos que pueden repercutir en su desempeño funcional, especialmente en la orientación visoespacial, el equilibrio, la ejecución de actividades por comando y la autonomía en el desplazamiento. La amaurosis izquierda condiciona riesgo de tropiezos, inseguridad la movilidad y necesidad de supervisión en algunos desplazamientos. La discapacidad intelectual puede interferir en la planeación motora, la atención, la comprensión de instrucciones y la adecuada respuesta a estímulos del entorno. Desde fisioterapia, requiere abordaje enfocado en mantener la movilidad global, prevenir deterioro funcional, estimular patrones motores básicos y favorecer la seguridad durante las actividades de la vida diaria. Con la informaci aportada no se describen ayudas externas, alteraciones osteomusculares específicas ni compromiso neurológico motor severo adicional.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y potenciar la funcionalidad motora de la usuaria, promoviendo la movilidad segura, la mayor independencia posible en sus desplazamientos y actividades básicas, así como la prevención del deterioro físico asociado a la edad, al déficit visual y a la discapacidad intelectual.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Estimular la movilidad articular y la condición física general de la usuaria; fortalecer el control postural y el equilibrio para reducir el riesgo de caídas; favore orientación corporal y espacial durante la marcha y las transferencias; mejorar la respuesta motora ante órdenes sencillas y actividades guiadas; promover participación activa en ejercicios terapéuticos acordes con su capacidad cognitiva y funcional; y prevenir complicaciones derivadas del sedentarismo o de la disminución de la movilidad.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO

El plan de manejo terapéutico debe orientarse a la realización de ejercicios de movilidad articular activa y asistida, entrenamiento de cambios de posición y transferencias, actividades de equilibrio estático y dinámico con supervisión, reeducación de la marcha en espacios seguros, fortalecimiento muscular gene de miembros superiores e inferiores, ejercicios de coordinación motora básica y actividades funcionales con comandos simples, claros y repetitivos. Se recomienda trabajar con estímulos verbales concretos, acompañamiento cercano, rutinas estructuradas y ambientes seguros que minimicen barreras por e déficit visual. Asimismo, es importante mantener seguimiento periódico fisioterapéutico para prevenir pérdida funcional, favorecer la participación en actividades diarias y conservar la mayor autonomía posible dentro de su condición clínica.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	**ARACELY ANDRADE**					Edad	91 AÑOS
HC:	26.515.641	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	DISCAPACIDAD INTELECTUAL + OSTEOSINTESIS DE CADERA IZQUIERDA +EPILEPSIA + OSTEOPOROSIS +SINDROME MIELODISPLASICO						

Número de identificación del entrevistado	26.515.641
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Discapacidad intelectual, epilepsia, osteoporosis y síndrome mielodisplásico	Quirúrgicos:	Osteosíntesis de cadera izquierda, por antecedente de manejo quirúrgico ortopédico
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	Osteosíntesis de cadera izquierda puede estar relacionada con antecedente de trauma o fractura previa
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros: Limitación funcional derivada de la condición neurológica, hematológica y osteomuscular de base.

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 123/76 MMHG | F.R 15 RXM | F.C 65LXM | T° 36,5 | %SpO2 93%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	
	Costovertebral		Abdominal	X

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	X

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	BAJA					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X		Asimétrico		
cianosis:	Central:		Periférica	X	Ausencia	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	ALTERADA	Batiestesia	ALTERADA	Palestesia	ALTERADA
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INCAPAZ PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS CON UN PUNTAJE DE **5/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	0	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	0	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	5	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	No refiere, ni se evidencia ningun malestar

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

La actividad motora se encuentra alterada y disminuida, con compromiso funcional de predominio osteomuscular y neurológico. La presencia de osteoporosis y antecedente de osteosíntesis de cadera izquierda condicionan limitación para la movilidad, marcha insegura, disminución en la tolerancia al apoyo y mayor riesgo de caídas. La epilepsia exige vigilancia permanente durante la actividad física por riesgo de eventos súbitos, mientras que la discapacidad intelectual puede interferir en la comprensión de órdenes, secuencia motora y ejecución coordinada del movimiento. El síndrome mielodisplásico puede contribuir a debilidad general, fatiga y baja resistencia al esfuerzo. En conjunto, se considera una actividad motora funcionalmente limitada, con necesidad de supervisión, asistencia y manejo terapéutico continuo.

Observacion:

MARCHA Normal | Antalgica |

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	No realiza marcha Independiente pero se sostiene en posicion bipeda con pocos pasos en un lapso de tiempo corto.
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO	Sedente	ALTERADO	Lateral	ALTERADO	Bipedo	ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad **Hipotonia** Distonia

Observacion:

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria con antecedentes de discapacidad intelectual, epilepsia, osteoporosis, síndrome mielodisplásico y osteosíntesis de cadera izquierda, condiciones que repercuten de manera importante sobre su desempeño motor global. Presenta compromiso de la movilidad funcional, probable disminución de fuerza muscular, alteración en el equilibrio, reducción de la resistencia física y limitación para la marcha y las transferencias, asociadas al antecedente quirúrgico y a la fragilidad osteomuscular. Desde el componente neuromotor, requiere orientación y supervisión durante la ejecución de actividades, debido a que su condición cognitiva puede afectar la respuesta al comando y la planeación motora. Se identifica además riesgo de caídas y de deterioro funcional progresivo, por lo cual requiere intervención fisioterapéutica enfocada en mantener la movilidad, prevenir complicaciones por desuso y promover la mayor independencia posible según su condición clínica.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y mejorar la capacidad funcional de la usuaria mediante intervención fisioterapéutica orientada al fortalecimiento de la movilidad, el equilibrio, la marcha y la prevención de complicaciones osteomusculares y funcionales, favoreciendo su seguridad y el mayor nivel de independencia posible en las actividades básicas de movimiento.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer la movilidad articular y funcional de los miembros superiores e inferiores para prevenir rigideces y pérdida de rango de movimiento. Fortalecer la musculatura postural y de miembros inferiores con el fin de mejorar estabilidad y soporte durante las transferencias y la marcha. Entrenar equilibrio, coordinación y control postural para disminuir el riesgo de caídas. Mejorar la tolerancia al esfuerzo mediante actividades terapéuticas acordes con su condición general. Estimular la participación motora a través de indicaciones simples, repetitivas y guiadas, ajustadas a su capacidad cognitiva. Prevenir complicaciones secundarias al sedentarismo y al desacondicionamiento físico, promoviendo rutinas de movilización segura.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se propone manejo fisioterapéutico integral con ejercicios de movilidad articular activa-asistida y pasiva según tolerancia, fortalecimiento muscular progresivo especialmente en miembros inferiores y musculatura estabilizadora, entrenamiento de equilibrio en sedente y bípedo de acuerdo con capacidad funcional, reeducación de la marcha con ayudas técnicas si las requiere, trabajo de transferencias y cambios de posición, y actividades de coordinación motora simples con supervisión permanente. Debe incluirse educación al cuidador sobre movilización segura, prevención de caídas y acompañamiento durante desplazamientos. El tratamiento debe realizarse de manera progresiva, controlada y adaptada a la condición clínica de la usuaria, vigilando signos de fatiga, intolerancia al ejercicio o cualquier manifestación neurológica asociada a su antecedente epiléptico.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	AMINTA VARGAS					Edad	88 AÑOS
HC:	26.414.289	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	Nueva EPS
Diagnostico Medico:	Reemplazo de rodilla derecha realizado en noviembre de 2019, obesidad, otitis externa, hiperlipidemia, artrosis, estreñimiento y demencia senil						

Número de identificación del entrevistado	26414289
Número de identificación del entrevistador	1079180278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Obesidad, otitis externa, hiperlipidemia, artrosis, estreñimiento y demencia senil/demencia no especificada	Quirúrgicos:	Reemplazo de rodilla derecha en noviembre de 2019
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Acetaminofén 500 mg, clotrimazol 1% crema tópica, lactulosa 66.7 g/15 ml solución oral, carbonato de calcio 600 mg y neomicina + polimixina + dexametasona en gotas
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 118/76 mmhg	F.R 15rxm	F.C 76lxm	T° 35,8	%SpO2 95%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II	X	Grado II	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	ALTERADA	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	ALTERADA	Tricipital	ALTERADA		Rotuliano	ALTERADA	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDIENTE PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **10/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 (1) 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 (0)	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	10	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	FLEXION /EXTENSION DE RODILLA

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea

Localizacion: Observacion:

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

la **actividad motora** de la usuaria se encuentra **comprometida de forma moderada**, principalmente por la presencia de **artrosis**, **obesidad** y el antecedente de **reemplazo de rodilla derecha**, condiciones que suelen afectar la movilidad global, la marcha, la tolerancia al esfuerzo, los cambios de posición, la estabilidad en bipedestación y la ejecución de actividades funcionales como sentarse, levantarse, caminar y realizar transferencias.

Observacion:

MARCHA	Normal		Antalgica		Inclinacion lateral	
Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	SILLA DE RUEDAS		
Amputacion	SI	NO		Localizacion:		
			TIPO:			
EQUILIBRIO	Sedente	ALTERADO	Lateral	ALTERADO	Bipedo	ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Limitada en pequeños rangos de movilidad por su edad en MMSS e MMII

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad **Hipotonia** Distonia

Observacion:

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

usuaria adulta mayor de 88 años con antecedentes de reemplazo de rodilla derecha, artrosis, obesidad y demencia, que condicionan alteración de la movilidad funcional y mayor vulnerabilidad al deterioro físico. Desde fisioterapia, se infiere compromiso osteomuscular y funcional caracterizado por pro disminución de arcos de movimiento, reducción de fuerza muscular en miembros inferiores, menor resistencia física, alteración de la marcha y limitación actividades básicas que requieren desplazamiento y control postural. El antecedente quirúrgico en rodilla derecha, sumado al proceso degenerativo artic favorece compensaciones biomecánicas y disminución de la eficiencia motora. Adicionalmente, el deterioro cognitivo puede afectar la secuenciación mo la orientación y la respuesta segura ante indicaciones, por lo que requiere intervenciones individualizadas, supervisadas y enfocadas en mantener el may

OBJETIVO GENERAL

mantener y/o mejorar la capacidad funcional motora de la usuaria, favoreciendo su movilidad, estabilidad postural, seguridad en el desplazamiento y desempeño en actividades básicas, con enfoque preventivo frente al deterioro físico y al riesgo de caídas.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Disminuir la rigidez y el dolor osteoarticular asociados a artrosis y antecedente quirúrgico de rodilla, fortalecer musculatura de miembros inferiores y tro para favorecer soporte, equilibrio y marcha, estimular transferencias y cambios de posición de forma segura, mejorar la tolerancia al esfuerzo y la movili articular funcional, entrenar equilibrio estático y dinámico según tolerancia, promover mayor participación en actividades de movilidad cotidiana, y orien personal cuidador en medidas de asistencia, movilización segura y prevención de caídas.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Debe incluir intervención fisioterapéutica regular con ejercicios terapéuticos activos, activo-asistidos y funcionales, enfocados en movilidad articular de miembros inferiores, fortalecimiento progresivo, reeducación de la marcha, entrenamiento de equilibrio y trabajo de transferencias. Se recomienda complementar con ejercicios de control postural, sedestación y bipedestación asistida según tolerancia, actividades de estimulación motora global, técni de analgesia no farmacológica si presenta dolor, y seguimiento permanente de la respuesta funcional. Igualmente, es importante implementar medidas prevención de caídas, adaptación del entorno, supervisión durante la deambulación y educación a cuidadores sobre apoyo físico adecuado, cambios posturales y continuidad de actividades motrices básicas que contribuyan al mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	**LUCILA MORENO**					Edad	95 AÑOS
HC:	37080578	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Artritis reumatoidea / artritis reumatoide no especificada, neumopatía, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada, hipertensión arterial esencial primaria, estreñimiento, discapacidad intelectual, desnutrición proteicocalórica moderada, demencia no especificada, incontinencia urinaria no especificada y gastritis.						

Número de identificación del entrevistado	37080578
Número de identificación del entrevistador	1079180278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Artritis reumatoide, neumopatía, neumonía, EPOC no especificada, hipertensión arterial esencial primaria, estreñimiento, desnutrición proteicocalórica moderada, demencia no especificada, incontinencia urinaria no especificada y gastritis.	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Bromuro de tiotropio/olodaterol, salmeterol/fluticasona, dihidrocodeína bitartrato, omeprazol, polietilenglicol 3350, quetiapina, levomepromazina, hidróxido de aluminio-hidróxido de magnesio-simeticona
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 115/82 mmhg	F.R 15 rxm	F.C 72lxm	T° 36,5	%SpO2 91%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular	X	Diafragmático	
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	X

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1	X	1/2		2/1	
Expansión Torácica:	LIMITADA					

Simetría del tórax:	Simetría bilateral			Asimétrico	X
cianosis:	Central:		Periférica X	Ausencia	
Disnea:	Grado I		Grado II	Grado II	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	N.A	Tricipital	N.A	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INCAPAZ PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS CON UN PUNTAJE DE **3/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 (0)	0	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 (0)	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 (0)	0	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 (1) 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 (0)	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	0	Independiente Dependiente
Total	20	3	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	GENERALIZADO

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA	SI	NO
Observacion:	**comprometida o limitada**, dado que las patologías descritas afectan de forma directa e indirecta el movimiento funcional	

MARCHA	Normal		Antalgica		Inclinacion anterior	Pasando la media pocos pasos.
Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	SILLA DE RUEDAS/PERSONA		
Amputacion	SI	NO	Localizacion:			
			TIPO:			

EQUILIBRIO	Sedente	ALTERADO	Lateral	ALTERADO	Bipedo	ALTERADO
Observacion:						

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion:

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad **Hipotonia** Distonia

Observacion:

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Residente adulta mayor con antecedente de pluripatología crónica, en quien se identifican factores de riesgo para deterioro funcional progresivo. Desde e componente osteomuscular, los antecedentes de artritis reumatoide sugieren limitación del rango de movimiento, rigidez articular, dolor y posible dismir de la fuerza muscular. Desde el componente cardiorrespiratorio, la presencia de EPOC, neumopatía y antecedente de neumonía orientan a disminución d capacidad ventilatoria y de la tolerancia al esfuerzo, con alta probabilidad de fatiga durante actividades básicas y terapéuticas. En el componente neurom y cognitivo, la demencia y la discapacidad intelectual condicionan dependencia parcial o mayor para seguir instrucciones, alteración en la coordinación funcional y mayor riesgo de caídas o desorganización motora. De manera global, la residente cursa con compromiso funcional que requiere abordaje fisioterapéutico continuo, enfocado en conservar movilidad, prevenir complicaciones derivadas del desacondicionamiento físico y favorecer la mayor independencia posible dentro de su condición clínica.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y optimizar la capacidad funcional de la residente, preservando su movilidad, reduciendo el riesgo de complicaciones osteomusculares y respiratorias, y favoreciendo su bienestar físico general de acuerdo con su condición clínica actual.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Disminuir la rigidez y el dolor articular asociados a la artritis reumatoide; mantener rangos de movimiento y flexibilidad global; estimular la fuerza muscul la tolerancia al esfuerzo de forma segura; favorecer la movilidad en cama, sedente, bipedestación y desplazamientos según tolerancia; apoyar el manejo fisioterapéutico respiratorio para optimizar el patrón ventilatorio y la expansión torácica; prevenir el desacondicionamiento físico, las retracciones, la dependencia funcional y el riesgo de caídas; y promover la participación de la residente en actividades motrices simples mediante indicaciones claras, acompañamiento y supervisión permanente.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

El plan de manejo terapéutico debe orientarse a un programa de fisioterapia integral, individualizado y progresivo, incluyendo movilizaciones activas, acti asistidas o pasivas según tolerancia, ejercicios de mantenimiento articular, estiramientos suaves, actividades para fortalecimiento muscular funcional, reeducación postural, entrenamiento de cambios de posición y sedestación, ejercicios de control de equilibrio y coordinación con supervisión, estimulació la marcha o de los desplazamientos funcionales si su condición lo permite, y manejo respiratorio con ejercicios de expansión torácica, higiene bronquial y control ventilatorio según necesidad. Igualmente, se recomienda monitorear la respuesta al ejercicio, vigilar signos de fatiga o dificultad respiratoria, evita sobrecargas articulares, reforzar medidas de prevención de caídas, realizar acompañamiento continuo durante la actividad terapéutica y trabajar de mane interdisciplinaria con el equipo asistencial para sostener el mayor nivel de funcionalidad y confort posible.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	**BERTILDA GARCIA**					Edad	76 AÑOS
HC:	1.075.325.795	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Xerosis del cutis (registrada en marzo de 2023), bradicardia, dermatomicosis y esquizofrenia.						

Número de identificación del entrevistado	1.075.325.795
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Xerosis del cutis, la bradicardia, la dermatomicosis y la esquizofrenia	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos	N.A
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 123/79 mmhg F.R 16rxm F.C 68lxm T° 35,9 %SpO2 97%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X	
	Costovertebral		Abdominal		

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	X

Relación inspiración- espiración (RIE)		1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL						
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X		Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	ALTERADA	Batiestesia	ALTERADA	Palestesia	ALTERADA
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **11/20**

Alimentación	2 (1) 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1) 0	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 (2) 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	11	Escala de calificación 8-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	No refiere, ni se evidencia ningun malestar

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: actividad motora conservada con posible limitación funcional leve a moderada, condicionada por la respuesta psicomotora, la tolerancia al esfuerzo y el estado general. La bradicardia puede disminuir la resistencia física y la tolerancia a actividades de mediana o alta demanda, favoreciendo fatiga, lentitud y necesidad de pausas. La esquizofrenia puede influir en la ejecución motora a través de disminución de la iniciativa, enlentecimiento psicomotor, menor atención al comando y alteración en la secuencia de movimientos. La xerosis del cutis y la dermatomicosis no generan de forma directa un déficit motor, pero sí pueden producir incomodidad, prurito o irritación, lo cual puede interferir parcialmente con la movilidad y el desempeño funcional. En conjunto, la actividad motora no se considera totalmente limitada, pero sí requiere observación, supervisión y abordaje fisioterapéutico enfocado en conservar funcionalidad, movilidad segura y participación.

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	Acortamiento o posible secuelas de Hemiparesia
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente: CONSERVADO | Lateral: ALTERADO | Bipedo: ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

Tono Muscular: Rigidez | Espasticidad | **Hipotonia** | Distonia

Observacion:

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

usuaria adulta mayor con condiciones clínicas de base que pueden afectar de manera indirecta su desempeño motor y funcional. Desde fisioterapia, se identifica riesgo de disminución de la capacidad física general, alteración de la tolerancia al esfuerzo por bradicardia y posible compromiso del desemp psicomotor por esquizofrenia, lo que puede repercutir en la ejecución de movimientos coordinados, la velocidad de respuesta y la autonomía en actividades funcionales. Adicionalmente, el estado de piel requiere cuidado durante la movilización, cambios de posición y actividades terapéuticas, co fin de prevenir molestias, fricción o empeoramiento de las lesiones cutáneas. Por lo anterior, la intervención debe orientarse a mantener movilidad articular, fuerza funcional, patrón de marcha si lo presenta, transferencias, equilibrio y participación en actividades físicas acordes a su condición.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y potenciar la capacidad funcional de la usuaria mediante intervención fisioterapéutica orientada a preservar la movilidad, mejorar la tolera a la actividad, favorecer un desempeño motor seguro y prevenir el deterioro físico asociado a sus condiciones de base.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer la movilidad articular global y la funcionalidad en actividades básicas, estimular la coordinación y la respuesta motora ante comandos sencil mejorar la tolerancia al esfuerzo con actividades de baja intensidad y progresión controlada, prevenir desacondicionamiento físico por sedentarismo o participación, promover desplazamientos y cambios de posición de forma segura, y contribuir al bienestar general mediante actividades terapéuticas adaptadas a su estado clínico y mental.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Ejercicios de movilidad articular activa y/o activo-asistida, fortalecimiento muscular funcional de baja carga, entrenamiento en cambios de posición y transferencias, actividades de coordinación motora simple, ejercicios de equilibrio según tolerancia, caminata asistida o supervisada en caso de que la usuaria deambule, y pausas frecuentes para control de fatiga por antecedente de bradicardia. Se recomienda trabajo progresivo, supervisión continua durante las sesiones, indicaciones claras y sencillas, ambiente terapéutico tranquilo que facilite la atención y la respuesta al comando, además de med de cuidado cutáneo durante la movilización para evitar roce o incomodidad por xerosis y dermatomicosis. El seguimiento fisioterapéutico debe orienta conservar la mayor independencia funcional posible y reducir riesgos asociados al deterioro motor y al desacondicionamiento físico.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	JESUS ANTONIO VICTORIA					Edad	93 AÑOS
HC:	1.075.325.847	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	Nueva EPS
Diagnostico Medico:	Hipertensión arterial (HTA), antecedente de cirugía de catarata en ojo izquierdo, discapacidad intelectual, retraso mental no especificado y otros deterioros del comportamiento.						

Número de identificación del entrevistado	1.075.325.847
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Hipertensión arterial, discapacidad intelectual, retraso mental no especificado, otros deterioros del comportamiento.	Quirúrgicos:	Cirugía de catarata en ojo izquierdo (marzo de 2021)
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Manejo con levomepromazina 4% solución oral, ácido fólico 1 mg tableta, neomicina + polimixina + dexametasona solución oftálmica y albendazol 200 mg tableta.
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/87 mmhg F.R 16rxm F.C 85lxm T° 36 %SpO2 97%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:							
Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **09/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1) 0	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Voluntaria presente, pero limitada y dependiente

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Observacion: se sostiene y realiza pasos en su condicion fisica pero con apoyo por que equilibrio esta alterado.

Ayuda externa SI NO **TIPO:** SILLA DE RUEDAS

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente ALTERADO | Lateral ALTERADO | Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: **Rigidez** Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: MMII

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuario masculino de 93 años con diagnóstico médico de hipertensión arterial, antecedente de cirugía de catarata en ojo izquierdo, discapacidad intelectual, retraso mental no especificado y otros deterioros del comportamiento. En la valoración fisioterapéutica se evidencia sensibilidad superficial y profunda conservada, reflejos bicipital, tricipital y rotuliano conservados, sin presencia de escaras ni edema y con atrofia fisiológica. A nivel motor presenta actividad motora voluntaria presente, pero con dependencia para la realización de actividades básicas, con puntaje de 09/20 en la escala de Barthel. Requiere ayuda externa para la movilidad mediante silla de ruedas, presenta alteración del equilibrio en sedente, lateral y bípedo, y limitación de movimiento en algunos grados asociada a la edad y a su condición física general. En conjunto, cursa con compromiso funcional motor que afecta su independencia, desplazamiento y seguridad postural, por lo que requiere intervención fisioterapéutica orientada al mantenimiento de capacidades, prevención del deterioro y optimización de la funcionalidad residual.

OBJETIVO GENERAL:

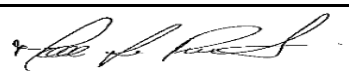
Mantener y potenciar la capacidad funcional del usuario mediante manejo fisioterapéutico integral, orientado a preservar la movilidad articular, favorecer el control postural, disminuir el deterioro físico progresivo y promover el mayor nivel posible de independencia en sus actividades básicas, de acuerdo con su edad, condición clínica y nivel de dependencia.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Mejorar y conservar la movilidad articular dentro de sus rangos funcionales; favorecer el mantenimiento de la fuerza muscular y la capacidad de movimiento voluntario; estimular el equilibrio en sedente, lateral y bípedo para reducir el riesgo de caídas; entrenar actividades motoras básicas y transferencias con el fin de optimizar la funcionalidad; prevenir complicaciones secundarias al sedentarismo y a la dependencia, como rigidez, desacondicionamiento físico y deterioro postural; y promover estrategias de apoyo para una movilización segura, teniendo en cuenta el uso de silla de ruedas y la necesidad de asistencia en actividades básicas.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se propone plan de manejo fisioterapéutico basado en movilizaciones articulares activas y activo-asistidas, ejercicios terapéuticos para mantenimiento de fuerza muscular y amplitud de movimiento, entrenamiento de control postural y equilibrio en diferentes posiciones, trabajo funcional de transferencias y cambios de posición, actividades de sedestación y bipedestación asistida según tolerancia, reeducación motora orientada a preservar habilidades existentes y entrenamiento en desplazamiento seguro con apoyo externo. Asimismo, se recomienda realizar prevención de caídas, vigilancia permanente de la postura y del estado físico general, educación al personal cuidador sobre técnicas de movilización segura, y seguimiento continuo de la funcionalidad para ajustar el tratamiento según evolución y respuesta del usuario.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	ANARCILA MOSQUERA LASSO					Edad	69 AÑOS
HC:	1.075.324.147	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	ESQUIZOFRENIA PARANOIDEA + CX CATARATA						

Número de identificación del entrevistado	1.075.324.147
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	Nov.2025

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Esquizofrenia paranoide / esquizofrenia no especificada	Quirúrgicos:	Antecedente de cirugía de catarata con lente intraocular en ojo derecho en agosto de 2014
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Quetiapina, levomepromazina y administración de albendazol
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 123/78 mmgh F.R 16rxm F.C 64lxm T° 36,1 %SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I	Grado II	Grado III		Grado IV	

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **12/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	12	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	NO SE EVIDENCIA ALGUN SIGNO

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: comprometida de forma leve a moderada, principalmente por la esquizofrenia, ya que esta condición puede generar lentitud en la respuesta motora, disminución en la iniciativa de movimiento, alteración en la secuencia de tareas funcionales, necesidad de supervisión para algunas actividades y posible afectación en el equilibrio dinámico por desorganización psicomotora o efectos sedativos del tratamiento farmacológico.

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinacion lateral

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente: CONSERVADO | Lateral: CONSERVADO | Bipedo: CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: N-A

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos sin limitaciones de acuerdo a su edad y condicion mental

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria de 69 años de edad, con diagnóstico de esquizofrenia y antecedente quirúrgico oftalmológico, en quien desde fisioterapia debe realizarse abordaje orientado a determinar su condición motora global, patrón de marcha, equilibrio, coordinación, postura, transferencias, funcionalidad y respuesta a comandos simples y secuenciales. De acuerdo con los diagnósticos reportados, puede presentar alteración en el desempeño motor funcional secundaria tanto a su condición neuropsiquiátrica como al posible efecto de los medicamentos antipsicóticos, lo que puede manifestarse en lentitud motora, disminución de la espontaneidad del movimiento, menor participación en actividades físicas, alteraciones en el control postural y necesidad de acompañamiento durante actividades que exijan desplazamiento o cambios de posición. Se considera importante valorar fuerza muscular, amplitud articular, tolerancia al esfuerzo, nivel de independencia en actividades básicas y riesgo de caídas, con el fin de establecer un plan de intervención ajustado a sus necesidades.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o mejorar la funcionalidad motora de la usuaria, favoreciendo la movilidad segura, el equilibrio, la coordinación y la mayor independencia posible en sus actividades básicas de la vida diaria, de acuerdo con su condición física y cognitiva.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer la movilidad articular y la conservación de la fuerza muscular global mediante actividades terapéuticas acordes a su capacidad funcional; estimular el equilibrio estático y dinámico para disminuir el riesgo de caídas durante cambios de posición y desplazamientos; entrenar patrones funcionales como sedente-bípedo, transferencias y marcha, buscando mayor seguridad y eficiencia; promover la orientación corporal y la respuesta motora a comandos sencillos para mejorar la participación en las actividades terapéuticas; y prevenir el desacondicionamiento físico asociado al sedentarismo, la institucionalización y la condición psiquiátrica de

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se sugiere manejo fisioterapéutico integral con ejercicios activos y activo-asistidos para movilidad general, fortalecimiento muscular funcional de miembros superiores e inferiores, entrenamiento de equilibrio y coordinación, reeducación de marcha según tolerancia y supervisión, trabajo de transferencias y cambios de posición, actividades de estimulación motora dirigidas con instrucciones simples y repetitivas, y acompañamiento en rutinas de movimiento que favorezcan la funcionalidad y la autonomía. El abordaje debe realizarse de forma progresiva, segura y estructurada, con vigilancia del comportamiento motor, la tolerancia al ejercicio y la respuesta al tratamiento farmacológico, incorporando medidas de prevención de caídas, educación al personal cuidador y seguimiento periódico de la evolución funcional.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	PILAR SILVA					Edad	69 AÑOS
HC:	1.075.325.792	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Prolapso genital grado III, dermatomicosis y demencia senil						

Número de identificación del entrevistado	1.075.325.792
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Demencia senil o demencia no especificada y dermatomicosis	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Clozapina y ácido valproico
Ginecobstétricos:	Prolapso genital grado III	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/82 mmhg F.R 16rxm F.C 76lxm T° 36,3 %SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	GENERALIZADA POR SU EDAD

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **14/20**

Alimentación	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	2	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	3	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	14	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea

Localizacion: Observacion:

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Usuaria se puede considerar **comprometida de forma moderada**

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa SI NO **TIPO:**

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente CONSERVADO Lateral ALTERADO Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Realiza sus movimientos con una amplitud normal de acuerdo a su edad y condicion fisica

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion:

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria adulta mayor con antecedentes de demencia senil, prolapso genital grado III y dermatomicosis, condiciones que generan compromiso funcional global y aumentan el riesgo de restricción en la movilidad, deterioro del equilibrio, dependencia en actividades básicas y disminución de la seguridad du la ejecución motora. Desde el área de fisioterapia, se considera una paciente con riesgo de desacondicionamiento físico, alteración del control postural posible disminución de la autonomía funcional, especialmente por su compromiso cognitivo. Requiere intervención enfocada en el mantenimiento de la movilidad articular, fortalecimiento general, entrenamiento en equilibrio, marcha y transferencias, con vigilancia del gasto energético y evitando activid que incrementen excesivamente la presión abdominal por su condición ginecológica. El abordaje debe ser progresivo, seguro, supervisado y adaptado a estado cognitivo y funcional de la usuaria.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o mejorar la capacidad funcional de la usuaria mediante intervención fisioterapéutica orientada a preservar la movilidad, el equilibrio, la coordinación, la tolerancia a la actividad física y la seguridad en el desempeño motor, favoreciendo su mayor nivel posible de independencia y calidad d vida.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Mejorar y conservar la movilidad articular global y la fuerza muscular funcional. Favorecer el control postural y el equilibrio para disminuir riesgo de caíd
Estimular la marcha y las transferencias con supervisión y asistencia según necesidad. Prevenir el desacondicionamiento físico secundario a la edad y a l
patologías de base. Promover actividades motoras seguras, dosificadas y acordes al estado cognitivo de la usuaria. Evitar sobreesfuerzos que puedan
agravar el prolapso genital y orientar el movimiento hacia patrones funcionales de bajo impacto.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se recomienda manejo fisioterapéutico integral con ejercicios terapéuticos de movilidad activa y activo-asistida, fortalecimiento muscular global de
predominio en miembros inferiores y tronco, entrenamiento de equilibrio estático y dinámico, reeducación de marcha, práctica de cambios de posición
transferencias, además de actividades de estimulación motora funcional adaptadas al nivel cognitivo. Debe incluirse supervisión permanente durante la
sesiones, indicaciones de seguridad para prevención de caídas, control de la fatiga y progresión gradual según tolerancia. Se sugiere complementar con
ejercicios de respiración y relajación, educación al personal cuidador sobre apoyo en movilización segura y seguimiento continuo de la respuesta funcio
la usuaria, evitando maniobras de alto impacto o ejercicios que aumenten la presión intraabdominal.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	ASUNCION SILVA HURTADO					Edad	78 AÑOS
HC:	17.150.622	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	Nueva EPS
Diagnostico Medico:	Glaucoma, antecedente de cirugía de catarata con compromiso de ojo derecho, dermatomicosis y esquizofrenia no especificada						

Número de identificación del entrevistado	17.150.622
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Glaucoma, dermatomicosis y esquizofrenia no especificada	Quirúrgicos:	Antecedente de cirugía de catarata en ojo derecho
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Latanoprost, levomepromazina, omeprazol y albendazol
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros: Lio de ojo derecho, entendido como compromiso ocular derecho posterior al antecedente quirúrgico reportado

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/80 mmhg F.R 16rxm F.C 75 lxm T° 36 %SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)		1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:			CONSERVADA/NORMAL				
Simetría del tórax:	Simetría bilateral		X		Asimétrico		
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **11/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 (2) 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	11	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Alterada o funcionalmente conservada

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa SI NO **TIPO:**

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente CONSERVADO Lateral ALTERADO Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Adulto mayor de 81 años con antecedentes patológicos de glaucoma, dermatomicosis y esquizofrenia no especificada, además de antecedente quirúrgico de catarata en ojo derecho, lo cual puede repercutir en su funcionalidad global. Desde fisioterapia, se considera un usuario con probable compromiso en la movilidad segura por limitación visual y posible alteración en el procesamiento de órdenes o en la ejecución motora secundaria a su condición neuropsiquiátrica. Por lo anterior, requiere valoración del patrón de marcha, equilibrio, transferencias, movilidad articular, fuerza muscular, coordinación y nivel de dependencia funcional, con el fin de establecer el grado real de afectación motora y el riesgo de caídas.

OBJETIVO GENERAL

Es mantener y/o mejorar la funcionalidad motora del residente, favoreciendo su movilidad segura, su capacidad de desplazamiento y su desempeño en las actividades básicas, minimizando el riesgo de caídas y el deterioro físico asociado a su condición clínica y edad.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Preservar la movilidad articular y la fuerza muscular global, estimular el equilibrio y la coordinación para mejorar la seguridad en la marcha y en las transferencias, favorecer la orientación corporal y espacial durante las actividades motoras, promover la mayor independencia funcional posible en las actividades básicas de movilidad y prevenir complicaciones asociadas al sedentarismo, inmovilidad o desuso.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Realización de ejercicios terapéuticos activos y activo-asistidos según tolerancia, entrenamiento de cambios de posición y transferencias, actividades de fortalecimiento muscular global, reeducación de la marcha con supervisión, ejercicios de equilibrio y coordinación, estimulación motora funcional mediante tareas simples y guiadas, y acompañamiento en actividades que favorezcan la autonomía. Además, se recomienda vigilancia durante la deambulación por el compromiso visual, indicaciones de seguridad para prevención de caídas, seguimiento periódico por fisioterapia y trabajo interdisciplinario con el equipo de salud para optimizar su funcionalidad y bienestar integral.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	GERMAN SANCHEZ TOVAR					Edad	90 AÑOS
HC:	4.902.363	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Amaurosis bilateral, demencia senil o demencia no especificada, parasitosis intestinal sin otra especificación e incontinencia urinaria no especificada.						

Número de identificación del entrevistado	4.902.363
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Amaurosis bilateral, demencia senil o demencia no especificada, parasitosis intestinal sin otra especificación e incontinencia urinaria no especificada	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Butilbromuro de hioscina, acetaminofén, nitazoxanida, sertralina y polietilenglicol
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros: Adulto mayor institucionalizado con antecedente de dependencia asociada a compromiso cognitivo y visual.

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 123/81 mmhg	F.R 16rxm	F.C 74lxm	T° 36,2	%SpO2 97%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					

Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico	
cianosis:	Central:	Periférica	Ausencia	X
Disnea:	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **11/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1) 0	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 (2) 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	11	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Limitada o alterada

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa SI NO **TIPO:** PERDIDA DE LA VISION

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente CONSERVADO Lateral ALTERADO Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Adulto mayor de 90 años, con diagnóstico de amaurosis bilateral, demencia senil o no especificada, parasitosis intestinal e incontinencia urinaria, condiciones que generan compromiso funcional global y afectan su desempeño motor, perceptivo y de interacción con el medio. Desde el enfoque fisioterapéutico, presenta alteración de la funcionalidad asociada al deterioro cognitivo y déficit visual severo, con probable disminución en la movilidad segura, la orientación espacial, el equilibrio, la coordinación y la independencia en actividades básicas de desplazamiento. Su condición clínica lo ubica en un nivel de vulnerabilidad física que requiere seguimiento terapéutico permanente, intervención preventiva y estrategias dirigidas al mantenimiento de la movilidad, la seguridad postural y la conservación de la mayor capacidad funcional

OBJETIVO GENERAL

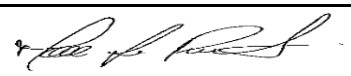
Mantener y favorecer la capacidad funcional del residente mediante intervención fisioterapéutica orientada a preservar la movilidad, mejorar la seguridad en el desplazamiento, prevenir el deterioro osteomuscular y reducir el riesgo de complicaciones secundarias derivadas de su condición cognitiva, visual y funcional.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Promover la movilidad articular y la capacidad de movimiento activo dentro de sus posibilidades funcionales; estimular el equilibrio, la coordinación y las reacciones de ajuste postural para disminuir el riesgo de caídas; fortalecer de manera gradual la capacidad motora funcional para apoyar transferencias y desplazamientos seguros; favorecer la orientación corporal y el reconocimiento espacial a través de estímulos verbales y táctiles adaptados a su déficit visual; prevenir rigideces, desacondicionamiento físico y complicaciones asociadas al sedentarismo o a la dependencia funcional; y brindar acompañamiento terapéutico continuo que contribuya al mantenimiento de su autonomía en el mayor nivel posible.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Realizar ejercicios de movilidad articular activa y asistida, actividades de estimulación motora global, entrenamiento de equilibrio y coordinación, reeducación de transferencias y marcha con supervisión, además de ejercicios funcionales adaptados a su condición cognitiva y visual. El plan debe incluir estrategias de orientación corporal, estimulación sensoriomotriz, prevención de caídas, cambios de posición y seguimiento del estado funcional, procurando conservar las capacidades residuales del residente y mejorar su desempeño en las actividades básicas diarias. Igualmente, es importante trabajar de forma articulada con el equipo interdisciplinario y cuidadores para reforzar pautas de movilización segura, acompañamiento permanente y adaptación del entorno.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	MARIA CRISTINA GARCIA					Edad	78 AÑOS
HC:	1.075.795.722	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	SANITAS
Diagnostico Medico:	Discapacidad auditiva, colon irritable, reconstrucción mandibular con dispositivo de fijación, hemorragia vaginal y tumor de comportamiento no especificado.						

Número de identificación del entrevistado	1.075.795.722
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Discapacidad auditiva, colon irritable, hemorragia vaginal y tumor de comportamiento no especificado	Quirúrgicos:	Reconstrucción mandibular con dispositivo de fijación
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	Hemorragia vaginal	Familiares:	N.A
Otros:			

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A	123/87mmhg	F.R	16rxm	F.C	67lxm	T°	36,3	%SpO2	95%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X		Asimétrico		
cianosis:	Central:		Periférica	X	Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	Generalizada

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **8/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	8	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Actividad motora globalmente conservada con posibles limitaciones funcionales leves a moderadas, dependiendo del estado general, la edad y la evolución clínica. La discapacidad auditiva no compromete de forma directa la ejecución motora, pero sí puede generar dificultad en la comprensión de órdenes verbales y enlentecimiento en la respuesta al comando. El colon irritable no altera directamente el sistema neuromusculoesquelético, aunque en periodos de dolor abdominal, distensión o malestar puede disminuir la tolerancia al esfuerzo y la participación en actividades físicas.

MARCHA Normal | Antalgica | Puntillas

Ayuda externa SI | NO **TIPO:** Tramos muy cortos con aopoyo de tercero, y silla de ruedas

Amputacion SI | NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente: CONSERVADO | Lateral: ALTERADO | Bipedo: ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: **Rigidez** Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion:

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria adulta mayor con antecedentes patológicos y quirúrgicos relevantes, que requiere seguimiento funcional por riesgo de desacondicionamiento f alteración de la tolerancia al esfuerzo y posible disminución en la participación de actividades básicas y movilidad segura. A partir de los diagnósticos reportados, se considera importante evaluar de manera continua el estado general, postura, equilibrio, marcha, transferencias, fuerza muscular, movili articular y respuesta al ejercicio, teniendo en cuenta que la discapacidad auditiva puede interferir en la comunicación terapéutica y que la hemorragia vaginal y el tumor exigen prudencia clínica durante cualquier intervención física. Se recomienda trabajo fisioterapéutico ajustado a la condición actual, evitando sobreesfuerzos y observando signos de fatiga, dolor, mareo o intolerancia.

OBJETIVO GENERAL

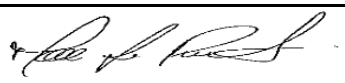
Mantener y/o mejorar la capacidad funcional de la usuaria, promoviendo la movilidad segura, la independencia en las actividades básicas y la prevenció del deterioro físico asociado a la edad, la comorbilidad y el antecedente quirúrgico.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Preservar la movilidad articular y la fuerza muscular global, favorecer la tolerancia al esfuerzo mediante actividades de baja intensidad, estimular el equilibrio y la marcha para disminuir riesgo de caídas, fortalecer la capacidad de seguimiento de instrucciones mediante apoyo visual y demostrativo po discapacidad auditiva, prevenir complicaciones derivadas del reposo o del desacondicionamiento físico, y promover mayor funcionalidad en transferen cambios de posición y desplazamientos según tolerancia.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Debe de ser orientarse a ejercicios terapéuticos suaves y progresivos, con movilidad articular activa y asistida, fortalecimiento global de miembros superiores e inferiores de baja carga, entrenamiento de equilibrio y marcha según condición funcional, ejercicios respiratorios y de relajación si se obse fatiga o ansiedad, reeducación postural y entrenamiento en transferencias. La intervención debe realizarse con instrucciones claras, apoyo gestual o vis supervisión permanente y vigilancia de signos de alarma, especialmente por el antecedente de hemorragia vaginal y tumor. Además, se recomienda articular el manejo con el equipo médico y de enfermería, evitando intervenciones de alta demanda física mientras exista compromiso clínico activo y priorizando un abordaje preventivo, funcional y seguro.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	CARMEN ROSA CAICEDO					Edad	85 AÑOS
HC:	27.502.103	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Hipotiroidismo, esquizofrenia y fractura de maléolo izquierdo, con reducción quirúrgica realizada el 09 de mayo de 2025.						

Número de identificación del entrevistado	27.502.103
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Hipotiroidismo y esquizofrenia	Quirúrgicos:	Reducción quirúrgica por fractura de maléolo izquierdo realizada el 09 de mayo de 2025
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	Fractura de maléolo izquierdo
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 118/76 mmhg F.R 16rxm F.C 75 lxm T° 36 %SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia		Confusión		Coma Superficial	
Coma Profundo		Estupor		Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **14/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	2	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 (2) 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	(3) 2 1 0	3	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	14	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: La actividad motora de la usuaria se puede calificar como limitada, teniendo en cuenta que presenta antecedente de fractura de maléolo izquierdo con manejo quirúrgico, lo cual puede generar disminución en la movilidad, alteración en la marcha, reducción del apoyo en miembro inferior izquierdo, menor equilibrio y necesidad de mayor supervisión durante los desplazamientos. Adicionalmente, el diagnóstico de esquizofrenia puede influir en la respuesta al comando, en la iniciativa motora y en la coordinación funcional según el estado clínico y cognitivo de la residente. El hipotiroidismo también puede asociarse con lentitud general, fatiga y menor tolerancia a la actividad física. En conjunto, estas condiciones sugieren compromiso de la funcionalidad motora, con posible disminución en traslados, marcha y actividades que requieran estabilidad postural.

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinacion lateral

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente CONSERVADO | Lateral CONSERVADO | Bipedo CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: N-A

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos sin limitaciones de acuerdo a su edad y condicion mental

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Se evidencia una usuaria con antecedentes patológicos y traumático-quirúrgicos que pueden repercutir en su desempeño motor global. Desde fisioterapia, se identifica riesgo de alteración en la marcha, disminución de movilidad funcional, probable reducción de fuerza y resistencia física, así como compromiso del equilibrio y de la seguridad en la bipedestación y desplazamiento, principalmente por antecedente de fractura de maléolo izquierdo operada. Se considera importante realizar seguimiento a la movilidad articular, capacidad de apoyo, tolerancia al ejercicio terapéutico, transferencias y nivel de independencia funcional, además de observar respuesta al comando y participación en las actividades terapéuticas.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o mejorar la funcionalidad motora de la usuaria, favoreciendo la movilidad, el equilibrio, la marcha y la mayor independencia posible en sus actividades básicas, con el fin de preservar su seguridad y calidad de vida.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Mejorar la movilidad articular y funcional del miembro inferior comprometido, fortalecer la musculatura de miembros inferiores y tronco para favorecer estabilidad postural, entrenar equilibrio y coordinación en sedente y bipedestación, estimular la marcha segura según tolerancia funcional, prevenir el desacondicionamiento físico por inmovilidad o baja actividad, y promover mayor independencia en transferencias y desplazamientos con la supervisión requerida.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Ejercicios de movilidad articular activa y asistida, fortalecimiento muscular progresivo de miembros inferiores, entrenamiento de equilibrio y control postural, reeducación de la marcha según tolerancia y nivel de apoyo permitido, trabajo de transferencias y cambios de posición, actividades de estimulación funcional orientadas a conservar autonomía, y seguimiento continuo de la respuesta motora durante las sesiones. Igualmente, se recomienda vigilancia del riesgo de caídas, indicación de desplazamientos seguros, acompañamiento durante actividades que impliquen carga o marcha y manejo fisioterapéutico enfocado en mantenimiento funcional y prevención de complicaciones asociadas al reposo o a la disminución de movilidad.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	CELSA CARDENAS ALBAÑIL					Edad	94 AÑOS
HC:	37.080.559	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	EPOC, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA SENIL, FXCONSOLIDADA DE CADERA IZQUIERDA						

Número de identificación del entrevistado	37.080.559
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)

Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	EPOC, estreñimiento y demencia senil	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	Fractura consolidada de cadera izquierda
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 123/76 mmhg	F.R 16rxm	F.C 65lxm	T° 36,3	%SpO2 88%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica	X	Ausencia	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	ALTERADA	Batiestesia	ALTERADA	Palestesia	ALTERADA
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	ALTERADA	Tricipital	ALTERADA	Rotuliano	ALTERADA	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INCAPAZ PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **4/20**

Alimentación	2 **1** 0	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 **1**	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 **1** 0	0	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 **1** 0	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 **1** 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 **1** 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 **0**	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 **1**	1	Independiente Dependiente
Total	20	4	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	GENERALIZADA

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: La actividad motora de la usuaria se califica como limitada o comprometida, con alteración de la movilidad funcional, debido al antecedente de fractura consolidada de cadera izquierda, que puede generar disminución en la marcha, transferencias y cambios de posición, sumado al deterioro cognitivo por demencia senil, que afecta la comprensión, el seguimiento de instrucciones y la coordinación motora durante la ejecución de actividades. El EPOC contribuye a reducir la tolerancia al esfuerzo y favorece la fatiga en actividades físicas, mientras que el estreñimiento no afecta de manera directa el movimiento, pero sí puede influir en el confort, la disposición al ejercicio y la funcionalidad general. En conjunto, se considera una usuaria con compromiso motor de grado moderado, con necesidad de supervisión y apoyo para conservar su funcionalidad y prevenir mayor deterioro.

MARCHA Normal | Antalgica | NO REALIZA

Ayuda externa SI NO **TIPO:** SILLA DE RUEDAS

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente ALTERADO | Lateral ALTERADO | Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Limitada en pequeños rangos de movilidad por su edad en MMSS e MMII

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: EXTREMIDADES

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria adulta mayor con antecedentes de EPOC, estreñimiento, demencia senil y fractura consolidada de cadera izquierda, condiciones que repercuten en su capacidad funcional, movilidad global, tolerancia al esfuerzo y desempeño en actividades básicas. Desde el componente motor puede presentar disminución en la velocidad de ejecución, alteración en la marcha, riesgo de inestabilidad postural y dependencia parcial o mayor para algunas actividades, especialmente por la combinación entre compromiso osteomuscular y deterioro cognitivo. Se considera importante el abordaje fisioterapéutico orientado al mantenimiento de la movilidad articular, fuerza funcional, equilibrio, patrón de marcha, prevención del desacondicionamiento físico y promoción de la mayor independencia posible de acuerdo con su condición clínica

OBJETIVO GENERAL

Mantener y potenciar la capacidad funcional de la usuaria mediante intervención fisioterapéutica integral, orientada a preservar la movilidad, mejorar la tolerancia al esfuerzo, favorecer la seguridad en el desplazamiento y prevenir complicaciones asociadas al inmovilismo y al deterioro progresivo.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer la movilidad articular y la flexibilidad general, mantener y estimular la fuerza muscular funcional, entrenar equilibrio y coordinación para disminuir riesgo de caídas, mejorar la tolerancia a la actividad física de acuerdo con su condición respiratoria, estimular transferencias y marcha según capacidad, prevenir rigideces, dolor y pérdida de funcionalidad, y promover participación activa en las actividades terapéuticas con instrucciones sencillas, repetitivas y supervisadas.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

El plan de manejo terapéutico debe incluir ejercicios de movilidad articular activa y asistida, fortalecimiento muscular global enfocado en miembros inferiores y tronco, entrenamiento de equilibrio en sedente y bipedestación según tolerancia, reeducación de marcha y transferencias con acompañamiento, ejercicios respiratorios y control ventilatorio por antecedente de EPOC, pausas activas para evitar fatiga, estimulación funcional mediante actividades dirigidas y seguras, además de recomendaciones al personal cuidador para cambios de posición, acompañamiento en desplazamientos y prevención de caídas. El tratamiento deberá ajustarse a la respuesta clínica de la usuaria, respetando sus limitaciones físicas y cognitivas.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	ISABEL SUNS					Edad	92 AÑOS
HC:	26.474.175	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Hipertensión arterial esencial primaria, obesidad, hipotiroidismo, insuficiencia cardiaca, infección de vías urinarias a repetición, colelitiasis, antecedente de neumonía, estreñimiento/constipación, demencia senil y anemia de tipo no especificado.						

Número de identificación del entrevistado	26.474.175
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Hipertensión arterial, obesidad, hipotiroidismo, insuficiencia cardiaca, infección urinaria a repetición, colelitiasis, neumonía, estreñimiento, demencia senil y anemia no especificada	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos	Levotiroxina sódica 100 mcg, losartán 50 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, amlodipino 5 mg, atorvastatina 40 mg, metoprolol tartrato 50 mg, ácido ascórbico + ácido fólico + cianocobalamina + fumarato ferroso en cápsulas y bisacodilo 5 mg según indicación
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A	125/75 mmhg	F.R	17rxm	F.C	71lxm	T°	36,1	%SpO2	95%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)		1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL						
Simetría del tórax:	Simetría bilateral		X		Asimétrico		
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV	

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	ALTERADA	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	II			Localizacion	PIES
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial

Coma Profundo		Estupor		Enclaustramiento		Muerte Cerebral	
ACTIVIDAD REFLEJA							
Bicipital	ALTERADA	Tricipital	ALTERADA	Rotuliano	ALTERADA	Aquiliano	N.A
MOVIMIENTO ANORMAL							
Ataxia		Corea		Hemibalismo		Temblor	

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INCAPAZ PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS CON UN PUNTAJE DE **5/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 (0)	0	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 (0)	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	0	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 (1) 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 (0)	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	5	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	MANO DERECHA
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	PIES

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:		Observacion:		

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: A**fectación motora global leve a moderada**, con mayor compromiso de la **resistencia física, tolerancia al esfuerzo, movilidad funcional y desempeño en actividades que requieren desplazamiento sostenido**, debido principalmente a patologías crónicas como insuficiencia cardiaca, obesidad, anemia e hipotiroidismo, las cuales favorecen fatiga, lentitud motora, debilidad generalizada y disminución de la capacidad aeróbica.

MARCHA	Normal		Antalgica		Inclinacion lateral	
Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	SILLA DE RUEDAS		
Amputacion	SI	NO		Localizacion:		
			TIPO:			
EQUILIBRIO	Sedente	ALTERADO	Lateral	ALTERADO	Bipedo	ALTERADO
Observacion:						

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Limitada en pequeños rangos de movilidad por su edad en MMSS e MMII

Tono Muscular: **Rigidez** Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: EXTREMIDADES

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria adulta mayor de 92 años con antecedentes clínicos múltiples de predominio crónico-degenerativo y cardiovascular, que condicionan disminuci progresiva de la capacidad funcional. Desde el enfoque fisioterapéutico, se identifica riesgo de deterioro en movilidad, marcha, equilibrio, transferencia tolerancia al esfuerzo, asociado a insuficiencia cardiaca, obesidad, anemia, hipotiroidismo y demencia senil. Estas condiciones pueden generar fatiga temprana, menor velocidad de respuesta motora, disminución de fuerza muscular global, reducción en la capacidad para actividades básicas y aumento riesgo de caídas y dependencia funcional. Se considera una usuaria que requiere intervención orientada al mantenimiento de la movilidad articular, fortalecimiento general, prevención del desacondicionamiento físico y conservación del mayor nivel de autonomía posible, siempre bajo vigilancia y co actividades adaptadas a su condición clínica y cognitiva.

OBJETIVO GENERAL:

Mantener y optimizar la capacidad funcional de la usuaria mediante intervención fisioterapéutica integral, orientada a preservar la movilidad, mejo tolerancia al esfuerzo, prevenir el desacondicionamiento físico y disminuir el riesgo de caídas y dependencia, favoreciendo su bienestar y desempeñ seguro en las actividades de la vida diaria.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Mejorar y conservar la movilidad articular global mediante ejercicios activos y asistidos acordes con su condición clínica. Favorecer el mantenimiento d fuerza muscular y la resistencia funcional para actividades básicas como cambios de posición, sedestación, bipedestación y marcha si su estado lo perm Promover el entrenamiento de equilibrio y coordinación con el fin de reducir el riesgo de caídas. Estimular la participación en actividades terapéuticas c contribuyan al mantenimiento de la orientación corporal y funcionalidad. Disminuir el impacto del sedentarismo y de las enfermedades crónicas sobre capacidad física general. Educar al personal cuidador en medidas de movilización segura, prevención de complicaciones por inmovilidad y acompañami funcional.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se recomienda manejo fisioterapéutico enfocado en ejercicio terapéutico de baja intensidad y progresión gradual, incluyendo movilizaciones articulare activas y/o asistidas, ejercicios de fortalecimiento global, reeducación postural, entrenamiento de equilibrio y actividades funcionales orientadas a transferencias y desplazamientos seguros. Debe incluirse trabajo de tolerancia al esfuerzo con vigilancia de signos vitales y respuesta clínica, pausas act y estrategias de conservación de energía, teniendo en cuenta su antecedente de insuficiencia cardiaca e hipertensión. Es pertinente implementar actividades de estimulación motora y funcional supervisadas, prevención de caídas, cambios de posición frecuentes y educación al cuidador sobre acompañamiento seguro. El plan debe adaptarse a la evolución clínica, estado cognitivo y respuesta física de la usuaria, priorizando siempre seguridad, confort y mantenimiento de la mayor independencia funcional posible.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	JOSE JAIRO MEDINA CABRERA					Edad	75AÑOS
HC:	12.119.031	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	Salud Total E.P.S
Diagnostico Medico:	Epilepsia, enfermedad de Parkinson, conjuntivitis crónica y discapacidad intelectual.						

Número de identificación del entrevistado	12.119.031
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Epilepsia, enfermedad de Parkinson, conjuntivitis crónica y discapacidad intelectual.	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos	Levodopa + carbidopa, clozapina, omeprazol, bisacodilo, risperidona, levetiracetam y clotrimazol + mometasona + mupirocina.
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/80 mmhg | F.R 17 rxm | F.C 81 lxm | T° 36,7 | %SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	Generalizada

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **11/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Disminuida o se le puede llamar tambien que funcionalmente este altera

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa SI | NO **TIPO:** APOYO A LA MOVILIDAD

Amputacion SI | NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente: CONSERVADO | Lateral: ALTERADO | Bipedo: ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente masculino de 75 años de edad con diagnósticos médicos de epilepsia, enfermedad de Parkinson, conjuntivitis crónica y discapacidad intelectual, que desde fisioterapia se interpreta con compromiso neuromotor y funcional. Su condición clínica sugiere alteración del control postural, disminución de la coordinación motora, posibles dificultades en la marcha, dependencia parcial o total para algunas actividades funcionales y necesidad de supervisión constante durante la movilización. La enfermedad de Parkinson repercute especialmente en la calidad del movimiento voluntario, con tendencia a la bradicinesia, rigidez y alteración del equilibrio; adicionalmente, la discapacidad intelectual puede limitar la comprensión de órdenes y la participación activa en el proceso terapéutico. Por lo anterior, requiere manejo fisioterapéutico orientado a conservar la movilidad articular, prevenir complicaciones del desacondicionamiento físico, mantener el mayor nivel de independencia funcional posible y disminuir el riesgo de caídas.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y potenciar la funcionalidad motora del residente por medio de un manejo fisioterapéutico integral, orientado a preservar la movilidad, mejorar el control postural, favorecer la seguridad en los desplazamientos y prevenir el deterioro físico asociado a sus patologías neurológicas y a la dependencia funcional .

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer el mantenimiento de los arcos de movilidad articular y la elasticidad muscular para prevenir rigideces y retracciones; estimular el control postural y el equilibrio en sedente y bípedo según tolerancia; mejorar la capacidad de desplazamiento y las transferencias con el nivel de ayuda requerido; fortalecer de manera progresiva la musculatura comprometida para conservar la funcionalidad; promover la coordinación motora y la respuesta a comandos sencillos durante la actividad terapéutica; prevenir complicaciones secundarias como caídas, inmovilidad, desacondicionamiento físico y alteraciones asociadas al reposo prolongado; y brindar orientación al personal cuidador sobre el manejo seguro durante movilizaciones y cambios de posición.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se recomienda realizar intervención fisioterapéutica basada en movilizaciones articulares pasivas, activo-asistidas o activas según la respuesta funcional del residente, ejercicios de estiramiento para disminuir rigidez muscular, actividades de fortalecimiento global de baja carga, entrenamiento de control postural en sedente y bípedo, reeducación de marcha si su condición lo permite, trabajo de equilibrio y coordinación, ejercicios funcionales enfocados en transferencias y desplazamientos, además de actividades de estimulación motora dirigidas con instrucciones simples y repetitivas. También se debe incluir vigilancia del riesgo de caídas, educación al cuidador sobre apoyo seguro en la movilización, seguimiento a la tolerancia al ejercicio y observación permanente ante antecedentes de epilepsia. El tratamiento debe adaptarse a la evolución clínica del residente, priorizando seguridad, funcionalidad y bienestar general.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	JAVIER LEMOS					Edad	70 AÑOS
HC:	16.545.576	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Retraso mental, no especificado; otros deterioros del comportamiento, enfermedad de Parkinson, epilepsia tipo no especificado, polidipsia, amputacion de pierna miembro inferior derecho, estreñimiento, discapacidad intelectual.						

Número de identificación del entrevistado	16.545.576
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Retraso mental no especificado con otros deterioros del comportamiento, enfermedad de Parkinson, epilepsia tipo no especificado, polidipsia, estreñimiento, discapacidad intelectual, amputación de miembro inferior	Quirúrgicos:	Amputación de miembro inferior derecho.
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	ácido valproico 250 mg cápsula, carbonato de calcio + vitamina D 600 mg/200 UI tableta, clonazepam 2 mg tableta, quetiapina 25 mg tableta
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/80 MMGH F.R 18 RXM F.C 74 LXM T° 37 %SpO2 91

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	GENERALIZADA POR EDAD

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor Leve

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **09/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Alterada, con limitación funcional para la movilidad y el desplazamiento, secundaria a enfermedad de Parkinson, amputación de miembro inferior derecho y compromiso cognitivo asociado.

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa SI NO **TIPO:** APOYO A LA MOVILIDAD-SILLA DE RUEDAS

Amputacion SI NO Localizacion: Limitacion grave de la movilidad. Amputacion completa sin protesis. Desarticulacion de rodilla

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente ALTERADO | Lateral ALTERADO | Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica, ausente por la amputacion de pierna derecha.

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuario con antecedentes de retraso mental no especificado con otros deterioros del comportamiento, enfermedad de Parkinson, epilepsia no especificada, polidipsia, amputación de miembro inferior derecho, estreñimiento y discapacidad intelectual. Desde el componente fisioterapéutico se evidencia compromiso de la actividad motora, la cual se encuentra alterada, con limitación en la movilidad funcional, el control postural, el equilibrio, la coordinación y el desplazamiento. La enfermedad de Parkinson condiciona rigidez, lentitud en la ejecución del movimiento y alteración en la marcha; adicionalmente, la amputación de miembro inferior derecho repercute de manera significativa en la funcionalidad, la transferencia de peso, la estabilidad y la independencia en el desplazamiento. El compromiso cognitivo asociado puede limitar el seguimiento de instrucciones, la planeación motora y la participación activa en el proceso terapéutico. Por lo anterior, el usuario presenta dependencia parcial o total para algunas actividades funcionales, requiriendo intervención fisioterapéutica orientada al mantenimiento y optimización de sus capacidades físicas y funcionales.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y potenciar la capacidad funcional del usuario mediante intervención fisioterapéutica integral, orientada a favorecer la movilidad, el control postural, el equilibrio, la coordinación y la mayor independencia posible en las actividades básicas de desplazamiento y funcionalidad, de acuerdo con su condición clínica y nivel de compromiso físico y cognitivo.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Mejorar o conservar la movilidad articular y la condición física general del usuario por medio de ejercicios terapéuticos adaptados a su estado funcional. Favorecer el control postural y el equilibrio en sedente, bípedo y durante transferencias, con el fin de disminuir el riesgo de caídas y facilitar la funcionalidad. Estimular la coordinación motora y la respuesta a órdenes simples, teniendo en cuenta el compromiso cognitivo presente. Fortalecer la musculatura conservada y entrenar patrones de movimiento funcionales que contribuyan al mantenimiento de la independencia. Promover un adecuado manejo postural y prevenir complicaciones secundarias al sedentarismo, inmovilidad o a su condición neurológica y musculoesquelética. Educar al personal cuidador en estrategias básicas de movilización, posicionamiento y acompañamiento funcional según las necesidades del usuario.

PLAN DE MANEJO TERAPÉUTICO:

Se plantea manejo fisioterapéutico enfocado en ejercicios de movilidad articular activa, activa asistida y pasiva según tolerancia, actividades de fortalecimiento muscular global con énfasis en segmentos conservados y musculatura postural, entrenamiento de equilibrio y control postural, reeducación de transferencias y actividades funcionales básicas. Se realizarán ejercicios de coordinación, estimulación motora y trabajo de marcha o desplazamiento de acuerdo con la capacidad residual del usuario y sus ayudas técnicas si las posee. Se incluirán cambios de posición, higiene postural y actividades orientadas a prevenir contracturas, rigidez, deformidades y deterioro funcional. Igualmente, se brindará orientación al cuidador y al personal a cargo sobre movilización segura, prevención de caídas, posicionamiento y apoyo en actividades funcionales, buscando mantener la mayor calidad de vida e independencia posible del usuario.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	JESUS MARIA VELASQUEZ					Edad	90 AÑOS
HC:	4.927.147	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Amaurosis bilateral, gastritis crónica, hiperplasia de próstata, infección respiratoria y discapacidad intelectual.						

Número de identificación del entrevistado	4.927.147
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Amaurosis bilateral, gastritis crónica, hiperplasia de próstata, infección respiratoria y discapacidad intelectual	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Furosemida tableta 40 mg, hidróxido de aluminio suspensión oral, ipratropio bromuro aerosol bucal, polietilenglicol 3350 y esomeprazol tableta de cubierta entérica 40 mg
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 115/76 mmhg F.R 16rxm F.C 76lxm T° 36,2 %SpO2 90%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X	
	Costovertebral		Abdominal		

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)		1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL						
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X		Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital CONSERVADO Tricipital CONSERVADO Rotuliano CONSERVADO Aquiliano CONSERVADO

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia Corea Hemibalismo Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **09/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	EXTENSION DE RODILLA -PIRNA DERECHA

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: **limitada con compromiso funcional moderado**

MARCHA Normal Antalgica Inclinada

Ayuda externa SI NO **TIPO:** SILLA DE RUEDAS

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente ALTERADO Lateral ALTERADO Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: **Rigidez** Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: MMII

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Adulto mayor de 90 años, con diagnóstico de amaurosis bilateral, gastritis crónica, hiperplasia de próstata, infección respiratoria y discapacidad intelectual, condiciones que repercuten en su desempeño funcional global. Desde el componente fisioterapéutico, se identifica compromiso en la movilidad funcional secundario a limitación visual severa, probable disminución en la orientación espacial y necesidad de apoyo para un desplazamiento más seguro. La presencia de discapacidad intelectual puede interferir en la ejecución motora por dificultades en la comprensión de órdenes, atención sostenida y respuesta adecuada al entorno. De igual forma, la infección respiratoria puede generar menor tolerancia al esfuerzo, fatiga temprana y reducción de la resistencia durante la actividad física. En conjunto, el residente requiere intervención enfocada en mantenimiento de la movilidad, prevención del desacondicionamiento físico, estimulación de patrones motores básicos y fortalecimiento de la seguridad en las actividades de desplazamiento y cambios de posición, procurando conservar el mayor nivel de independencia posible según su condición clínica.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y potenciar la capacidad funcional del residente mediante intervención fisioterapéutica orientada a preservar la movilidad, favorecer la seguridad en el desplazamiento, prevenir el deterioro físico asociado a la inmovilidad y promover la mayor independencia posible en sus actividades motoras, de acuerdo con sus condiciones visuales, cognitivas y de salud general.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer la movilidad articular y la condición física general mediante ejercicios terapéuticos acordes con su edad y estado clínico. Mejorar la tolerancia al esfuerzo por medio de actividades de baja exigencia y progresión gradual, respetando la respuesta cardiorrespiratoria del residente. Estimular el equilibrio, la coordinación y las transferencias funcionales para disminuir el riesgo de caídas, especialmente considerando la limitación visual. Reforzar patrones de marcha segura con acompañamiento, orientación verbal y apoyo físico cuando se requiera. Promover la participación en actividades dirigidas que contribuyan al mantenimiento de la funcionalidad, la interacción con el entorno y la prevención del desacondicionamiento por sedentarismo o enfermedad.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se propone manejo fisioterapéutico basado en ejercicios de movilidad articular activa y activo-asistida, actividades de fortalecimiento global de baja carga, entrenamiento en cambios de posición y reeducación en transferencias básicas, según tolerancia. Se recomienda incluir ejercicios respiratorios suaves y controlados mientras curse o se recupere del compromiso respiratorio, con vigilancia de signos de fatiga. Igualmente, se sugiere trabajo de marcha asistida, orientación espacial con comandos verbales simples, estimulación del equilibrio en sedente y bipedestación con apoyo, además de actividades funcionales enfocadas en conservar autonomía. El manejo debe realizarse con supervisión cercana, instrucciones claras, ritmo progresivo y adecuación del entorno para minimizar riesgos, especialmente por su amaurosis bilateral y su discapacidad intelectual. Se recomienda seguimiento continuo de la respuesta al tratamiento y articulación con el equipo interdisciplinario para ajustar la intervención según evolución clínica y funcional.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	JORGE DURAN CANACUE					Edad	74 AÑOS
HC:	1.075.325.796	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Qx Dupuytren bilateral, hiperlipidemia, dermatomicosis, discapacidad intelectua,otros trastornos especificados de la sinovia y del tendón; bursitis del hombro; hallazgos anormales en diagnóstico por imagen del corazón y de la circulación coronaria; alteraciones de la visión en enfermedades clasificadas en otra parte.						

Número de identificación del entrevistado	1.075.325.796
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Hiperlipidemia, dermatomicosis, discapacidad intelectual, otros trastornos especificados de la sinovia y del tendón, bursitis del hombro, hallazgos anormales en diagnóstico por imagen del corazón y de la circulación coronaria, alteraciones de la visión en enfermedades clasificadas en otra parte, tendinosis de la porción larga del bíceps, bursitis subescapular y disminución de la agudeza visual.	Quirúrgicos:	Antecedente de cirugía por Dupuytren bilateral
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Tratamiento formulado con acetaminofén 500 mg tableta vía oral cada 8 horas y diclofenaco 1% gel tópico cada 12 horas.
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros: **Orden de terapia física integral**

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/82 mmhg	F.R 16rxm	F.C 75 lxm	T° 36	%SpO2 97%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado				Localizacion	No presneta

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial

Coma Profundo | Estupor | Enclaustramiento | Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital CONSERVADO | Tricipital CONSERVADO | Rotuliano CONSERVADO | Aquiliano N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INDEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **15/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	2	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	(3) 2 1 0	3	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	(3) 2 1 0	3	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	15	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	Rodilla bilateral y hombro derecho

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Levemente alterada

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa SI NO **TIPO:**

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente CONSERVADO | Lateral CONSERVADO | Bipedo CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Como hallazgo fisioterapéutico, el residente realiza sus movimientos de forma funcional y conservada dentro de ciertos rangos esperados para su edad y condición física general. Sin embargo, a nivel motor se observa lentitud en la ejecución cuando recibe y procesa indicaciones al comando, lo que sugiere dificultad en la recepción, comprensión y respuesta motora ante la instrucción verbal. Durante la movilización también presenta movimientos bruscos, con menor control en la coordinación de la respuesta motora, lo cual puede estar relacionado con su condición cognitiva y con alteraciones en el procesamiento de la información

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Residente masculino de 74 años de edad, con antecedentes documentados de cirugía por Dupuytren bilateral, hiperlipidemia, dermatomicosis, discapacidad intelectual, trastorno especificado de la sinovia y del tendón, bursitis de hombro, tendinosis de la porción larga del bíceps, bursitis subescapular, alteraciones visuales y disminución de la agudeza visual. Desde el área de fisioterapia se identifica que realiza movimientos funcionales conservados en ciertos grados, acordes parcialmente con su edad y condición física; no obstante, presenta lentitud en la recepción y procesamiento de la información al comando, lo que repercute en una respuesta motora tardía. Durante la ejecución del movimiento se observan respuestas bruscas y menor control motor, lo cual puede interferir en la coordinación, precisión y seguridad funcional. Por sus condiciones clínicas y cognitivas, requiere seguimiento fisioterapéutico encaminado al mantenimiento de la movilidad, la calidad del movimiento, la coordinación motora y la funcionalidad global.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y favorecer la funcionalidad motora del residente mediante intervención fisioterapéutica orientada al mejoramiento del control motor, la coordinación, la respuesta al comando, la movilidad funcional y la seguridad en la ejecución del movimiento, de acuerdo con su edad, condición física y estado de salud actual.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Se plantea mantener los rangos de movilidad funcional presentes, promover una mejor respuesta motora ante órdenes verbales simples, estimular la coordinación y el control del movimiento para disminuir la brusquedad en la ejecución motora, fortalecer la participación del residente en actividades terapéuticas dirigidas, favorecer la seguridad durante la movilización y prevenir el deterioro físico asociado a sus patologías musculoesqueléticas, cognitivas y funcionales.

PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO:

Se recomienda manejo fisioterapéutico integral enfocado en ejercicios de movilidad articular activa y activo-asistida, actividades de coordinación y control motor, estimulación por medio de comandos simples, claros y repetitivos, ejercicios funcionales orientados a mejorar la secuencia del movimiento, fortalecimiento general según tolerancia física, entrenamiento en patrones de movimiento seguros y actividades que favorezcan la atención motora y la respuesta organizada. De igual forma, se sugiere acompañamiento continuo durante las sesiones y refuerzo por parte del personal cuidador mediante indicaciones pausadas y concretas, con el fin de optimizar la comprensión, la ejecución del movimiento y la seguridad funcional del residente.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	JUDITH ESNEYDER BETANCOURT CRUZ					Edad	55 AÑOS
HC:	55.160.561	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Prediabetes, hiperlipidemia, mastitis, masa no especificada en la mama derecha y esquizofrenia						

Número de identificación del entrevistado	55.160.561
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Prediabetes, hiperlipidemia, mastitis, masa no especificada en la mama derecha y esquizofrenia	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	Mastitis y masa no especificada en la mama derecha	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 119/82 mmhg F.R 16rxm F.C 78 lxm T° 36,4 %SpO2 97%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia		Confusión		Coma Superficial	
Coma Profundo		Estupor		Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **14/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	(2) 1	2	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 (2) 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	(3) 2 1 0	3	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	14	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	Pierna derecha

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: funcional con riesgo de compromiso leve a moderado, ya que los diagnósticos de prediabetes e hiperlipidemia no generan de manera directa una limitación motora evidente en fase inicial, pero sí aumentan el riesgo de desacondicionamiento físico, fatiga y menor tolerancia al esfuerzo. En cuanto a la mastitis y la masa no especificada en mama derecha, pueden ocasionar dolor, sensibilidad local, restricción de la movilidad del miembro superior del lado comprometido y limitación en actividades que impliquen elevación, alcance o carga. La esquizofrenia puede influir en la actividad motora por alteraciones en la iniciativa, lentitud en la respuesta al comando, disminución de la coordinación motora, fluctuación en la participación y dependencia parcial en actividades funcionales según el estado clínico y farmacológico de la usuaria. Por ello, desde fisioterapia, la actividad motora se considera potencialmente conservada, pero susceptible a alteraciones funcionales y de desempeño, requiriendo seguimiento continuo.

MARCHA	Normal	Antalgica	Inclinacion lateral
Ayuda externa	SI / NO	**TIPO:**	
Amputacion	SI / NO	Localizacion:	
		TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente CONSERVADO Lateral CONSERVADO Bipedo CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: N-A

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos sin limitaciones de acuerdo a su edad y condicion mental

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

A la usuaria se le sugiere la necesidad de explorar de manera integral su estado funcional, movilidad articular, fuerza muscular, tolerancia al esfuerzo, equilibrio, marcha, coordinación y capacidad para seguir instrucciones motoras, teniendo en cuenta los diagnósticos metabólicos, el compromiso mamario derecho y la condición de salud mental. Es importante determinar si presenta dolor a la movilización del miembro superior derecho, limitación en cambios de posición, alteraciones posturales, disminución en la resistencia física o dificultades en la ejecución de actividades básicas y funcionales. Asimismo, debe observarse su nivel de independencia, respuesta al comando verbal, disposición al movimiento y necesidad de apoyo o supervisión durante las actividades terapéuticas.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o mejorar la capacidad funcional de la usuaria mediante intervención fisioterapéutica orientada a preservar la movilidad, favorecer la independencia en las actividades básicas, prevenir el desacondicionamiento físico y reducir el riesgo de deterioro motor asociado a sus condiciones de base.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer la movilidad articular global con especial atención al miembro superior derecho si existe dolor o limitación; mantener y fortalecer la capacidad muscular y la tolerancia al esfuerzo mediante ejercicios terapéuticos adaptados; estimular el equilibrio, la coordinación y el control postural para conservar la funcionalidad; promover la participación activa en actividades guiadas según su capacidad de atención y respuesta; prevenir rigideces, posturas antálgicas y pérdida de funcionalidad derivadas del dolor o inactividad; y orientar al equipo cuidador en estrategias de acompañamiento seguro para la movilización y estimulación motora.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO: ¡

incluir ejercicios de movilidad articular activa y activo-asistida, acondicionamiento físico general de baja a moderada intensidad según tolerancia, fortalecimiento funcional progresivo, actividades de coordinación y equilibrio, entrenamiento en cambios de posición y desplazamientos si aplica, reeducación postural y ejercicios respiratorios de apoyo. También se recomienda vigilancia del dolor y de la limitación funcional en miembro superior derecho, pausas activas, estimulación motora supervisada y trabajo interdisciplinario con el equipo médico y de cuidado para ajustar la intervención de acuerdo con la evolución clínica y el estado general de la usuaria.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	JORGE PERDOMO					Edad	70 AÑOS
HC:	12.112.604	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Epilepsia focal o síndrome epiléptico sintomático relacionado con localizaciones focales o parciales, insuficiencia vascular periférica, catarata, estreñimiento y demencia senil						

Número de identificación del entrevistado	12.112.604
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Epilepsia focal, insuficiencia vascular periférica, catarata, estreñimiento y demencia senil	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Àcido valproico, lacosamida, trazodona, quetiapina, fluoxetina, biperideno, sertralina, bisacodilo, ácido fólico, clonazepam y albendazol
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros: Se registra como condición adicional el compromiso cognitivo y funcional derivado de la demencia senil y la alteración neurológica de base, lo cual puede influir en su desempeño general y nivel de dependencia.

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 115/76 MMHG	F.R 15 RXM	F.C 69LXM	T° 36	%SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INCAPAZ PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS CON UN PUNTAJE DE **06/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 (0)	0	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 (1) 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 (0)	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	06	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Alterada o comprometida de manera moderada

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente: ALTERADO | Lateral: ALTERADO | Bipedo: ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con normal es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Residente con antecedente de patologías neurológicas, cognitivas, vasculares y sensoriales que repercuten en su desempeño motor general. Desde el enfoque fisioterapéutico se identifica riesgo de disminución de la movilidad funcional, alteración del equilibrio, posible reducción de la tolerancia al esfuerzo, compromiso en la coordinación y mayor vulnerabilidad a caídas, condicionado también por su estado cognitivo y visual. La insuficiencia vascular periférica puede influir en la resistencia durante la marcha y en la respuesta musculoesquelética de los miembros inferiores, mientras que la epilepsia focal y la demencia senil pueden afectar el control motor, la seguridad en los desplazamientos y la capacidad de respuesta ante estímulos externos. En conjunto, se considera un usuario que requiere intervención fisioterapéutica orientada al mantenimiento funcional, prevención del deterioro y promoción de la movilidad segura.

OBJETIVO GENERAL

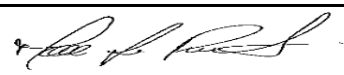
Mantener y potenciar la funcionalidad motora del residente, favoreciendo la movilidad segura, el equilibrio, la coordinación y la mayor independencia posible en las actividades básicas, con el fin de prevenir complicaciones asociadas al desacondicionamiento físico y al avance de sus patologías de base.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Mejorar y conservar la movilidad articular y la capacidad de desplazamiento dentro de sus posibilidades funcionales, estimular el equilibrio y la coordinación para disminuir el riesgo de caídas, fortalecer de manera progresiva la capacidad muscular y la tolerancia a la actividad física, promover patrones de movimiento más seguros durante transferencias y marcha, y favorecer la estimulación motora mediante actividades terapéuticas adaptadas a su condición cognitiva, neurológica y vascular.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Realización de ejercicios de movilidad articular activa y asistida, entrenamiento de marcha según tolerancia y nivel de seguridad, actividades de equilibrio y coordinación con supervisión permanente, fortalecimiento muscular funcional de miembros superiores e inferiores, reeducación postural, entrenamiento en transferencias y cambios de posición, además de estimulación motora global mediante actividades sencillas, repetitivas y guiadas. Se recomienda complementar con control del riesgo de caídas, vigilancia de signos de fatiga o intolerancia al ejercicio, seguimiento de la respuesta funcional durante las sesiones y trabajo interdisciplinario con el equipo de salud para favorecer un abordaje integral acorde con su condición clínica.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	JOSE EUSTACIO RIVERA					Edad	72 AÑOS
HC:	1075325794.	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	Nueva EPS
Diagnostico Medico:	Hipotiroidismo, antecedentes de cirugía de catarata con lente intraocular en ojo derecho en junio de 2012, herniorrafia inguinoescrotal derecha, dispepsia, EPOC, cifoescoliosis lumbar, dermatomicosis y discapacidad intelectual.						

Número de identificación del entrevistado	1075325794.
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Hipotiroidismo, dispepsia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cifoescoliosis lumbar, dermatomicosis y discapacidad intelectual	Quirúrgicos:	Antecedentes de cirugía de catarata con lente intraocular en ojo derecho en junio de 2012 y herniorrafia inguinoescrotal derecha
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Omeprazol, albendazol, beclometasona inhalada, quetiapina, levotiroxina, bromuro de ipratropio e hidróxido de aluminio más hidróxido de magnesio más simeticona
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros: Antecedente de lente intraocular en ojo derecho y condición de subsidio en salud, según registro institucional.

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/82 mmhg	F.R 16rxm	F.C 76lxm	T° 36,4	%SpO2 97%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	X

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO		Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia Corea Hemibalismo Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **13/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	(2) 1 0	2	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 (2) 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	13	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: comprometida o moderadamente limitada

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada — Anterior pasando la linea media del cuerpo

Ayuda externa SI | NO **TIPO:**

Amputacion SI | NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente CONSERVADO | Lateral CONSERVADO | Bipedo CONSERVADO

Observacion: Por su posicion permanente, presenta alteracion del control postural y aumenta el riesgo de caida

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con normal es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Residente masculino de 72 años con antecedentes patológicos de hipotiroidismo, EPOC, cifoescoliosis lumbar, dermatomicosis y discapacidad intelectual, además de antecedentes quirúrgicos de cirugía de catarata con lente intraocular en ojo derecho y herniorrafia inguinoescrotal derecha. Desde el área fisioterapéutica, presenta condición clínica que puede influir de manera directa sobre su desempeño motor, postura, equilibrio, coordinación y tolerancia al esfuerzo físico. La presencia de cifoescoliosis lumbar condiciona alteraciones biomecánicas y posturales, mientras que el EPOC puede afectar la capacidad respiratoria y la resistencia durante la actividad. Adicionalmente, la discapacidad intelectual puede interferir en el seguimiento de instrucciones y en la ejecución funcional de tareas motoras. Por lo anterior, requiere seguimiento fisioterapéutico orientado al mantenimiento de la movilidad, la funcionalidad y la prevención del deterioro físico.

OBJETIVO GENERAL

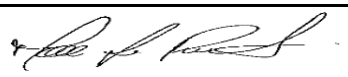
Mantener y/o mejorar la capacidad funcional del residente mediante intervención fisioterapéutica orientada al fortalecimiento de la movilidad, el control postural, la tolerancia al esfuerzo y la prevención de complicaciones asociadas a su condición musculoesquelética, respiratoria y funcional.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer la movilidad articular global y la flexibilidad para prevenir rigideces y limitaciones de movimiento. Mejorar la capacidad funcional y la tolerancia al esfuerzo mediante actividades terapéuticas acordes a su condición respiratoria y física. Promover alineación postural y control del tronco para disminuir el impacto funcional de la cifoescoliosis lumbar. Estimular la marcha y los cambios de posición de manera segura, buscando conservar el mayor grado de independencia posible. Prevenir el desacondicionamiento físico, las complicaciones por sedentarismo y el deterioro progresivo de su desempeño motor.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Realizar intervención fisioterapéutica basada en ejercicios de movilidad articular activa y asistida, estiramientos suaves, actividades de fortalecimiento muscular funcional, reeducación postural, ejercicios respiratorios y entrenamiento en marcha y transferencias de acuerdo con la tolerancia del residente. Complementar con actividades de coordinación, equilibrio y estimulación motora global, brindando supervisión y acompañamiento según necesidad. Se recomienda control de signos de fatiga durante la actividad, progresión gradual de cargas terapéuticas, educación al personal cuidador sobre apoyo en movilizaciones seguras y continuidad del seguimiento fisioterapéutico para prevenir deterioro funcional.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	LEIDY JOHANA AVENDAÑO GUZMAN					Edad	41 AÑOS
HC:	1.075.236.718	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	DISCAPACIDAD INTELECTUAL + PARALISIS CEREBRAL + SECUELAS MENINGITIS EN INFANCIA						

Número de identificación del entrevistado	1.075.236.718
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Discapacidad intelectual, parálisis cerebral y secuelas de meningitis en la infancia	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros: Meningitis en la infancia como evento neurológico previo causante de secuelas permanentes.

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 116/83 mmhg	F.R 16 rxm	F.C 76lxm	T° 36,4	%SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:	Periférica	Ausencia	X		
Disnea:	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV		

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	NO REFIERE	T°	NO REFIERE	Tacto	NO REFIERE
Profunda:	Barestesia	NO REFIERE	Batiestesia	NO REFIERE	Palestesia	NO REFIERE
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	NO RESPUESTA	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INCAPAZ PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS CON UN PUNTAJE DE **4/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 **1** 0	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 **1**	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 **1** 0	0	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 **1** 0	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 **1** 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 **1** 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 **0**	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 **1**	1	Independiente Dependiente
Total	20	4	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Severamente alterada,ebido a que la parálisis cerebral y las secuelas neurológicas secundarias a meningitis en la infancia generan compromiso del control postural, de la coordinación, del equilibrio, de los patrones normales de movimiento y de la ejecución motora voluntaria. A ello se suma la discapacidad intelectual, que puede interferir en la comprensión de órdenes, en la planeación motora y en la respuesta funcional durante la actividad física. En conjunto, se evidencia una condición de alta dependencia motora, con limitación para los desplazamientos, cambios de posición y realización de actividades funcionales, requiriendo supervisión y apoyo según el grado de compromiso clínico.

MARCHA Normal | Antalgica | NO REALIZA

Ayuda externa SI NO **TIPO:** SILLA DE RUEDAS

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente ALTERADO | Lateral ALTERADO | Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Limitada en pequeños rangos de movilidad por su edad en MMSS e MMII

Tono Muscular: Rigidez **Espasticidad** Hipotonia Distonia

Observacion: EXTREMIDADES

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria Leidy Johanna Avendaño Guzmán, de 41 años, con diagnóstico de discapacidad intelectual, parálisis cerebral y secuelas de meningitis en la infancia, permite inferir un compromiso neuromotor crónico que afecta el desempeño funcional, la movilidad y la independencia en las actividades básicas. Desde el área de fisioterapia se identifica alteración del control motor, posible presencia de patrones anormales de movimiento, limitación en la coordinación, déficit en equilibrio y postura, así como restricción en la capacidad para ejecutar movimientos voluntarios de manera organizada y eficiente. Estas condiciones repercuten en la funcionalidad global de la usuaria, incrementando la necesidad de acompañamiento para la movilización, las transferencias y la participación en actividades de la vida diaria. La intervención fisioterapéutica debe orientarse a conservar capacidades residuales, prevenir deformidades, optimizar el movimiento funcional y favorecer la mayor participación posible dentro de su condición.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y potenciar la capacidad funcional motora de la usuaria mediante intervención fisioterapéutica integral, orientada a mejorar el control postural, la movilidad, la coordinación y la participación en actividades funcionales, previniendo complicaciones secundarias asociadas a su condición neurológica de base.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer el mantenimiento de rangos de movimiento articular y la flexibilidad muscular para prevenir retracciones y rigideces; estimular el control cefálico, de tronco y de postura en las diferentes posiciones funcionales; promover patrones de movimiento más organizados que faciliten la movilidad y el desempeño en actividades básicas; fortalecer, dentro de sus posibilidades, la respuesta motora global y la tolerancia a la actividad; entrenar cambios de posición, transferencias y desplazamientos según el nivel de capacidad funcional; y orientar al cuidador o personal de apoyo en estrategias de movilización segura, posicionamiento adecuado y prevención de complicaciones osteomusculares.

PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO:

Realizar intervención fisioterapéutica regular con enfoque neuromotor, incluyendo ejercicios de movilidad articular pasiva, activa asistida o activa según tolerancia y capacidad de respuesta; técnicas de facilitación del movimiento y control postural; entrenamiento de equilibrio en sedente o bipedestación según nivel funcional; actividades de coordinación y estimulación motora global adaptadas; fortalecimiento muscular funcional; reeducación de cambios posturales, transferencias y marcha si aplica; estiramientos terapéuticos para prevenir contracturas; y posicionamiento adecuado en reposo y en sedente para disminuir riesgos de deformidad y dolor. De igual forma, se recomienda seguimiento continuo, ajustes del plan según evolución clínica y educación permanente a cuidadores para favorecer la continuidad del manejo en el entorno cotidiano.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	**LEONARDO PEREZ ORTIZ**					Edad	77 AÑOS
HC:	12.267.552	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Hipotiroidismo, estreñimiento o constipación, esquizofrenia e incontinencia mixta urinaria y fecal						

Número de identificación del entrevistado	12.267.552
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Esquizofrenia, hipotiroidismo, constipación o estreñimiento, e incontinencia mixta urinaria y fecal.	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Levotiroxina 50 mcg día, furosemida 40 mg día, PEG 1 sobre día, levomepromazina 100 mg 2 tabletas en la noche y clozapina 100 mg por 2.
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/83 mmhg F.R 15 rxm F.C 75 lxm T° 36,1 %SpO2 92%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	ALTERADO	Batiestesia	ALTERADO	Palestesia	ALTERADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	Generalizada

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	ALTERADO	Aquiliano	ALTERADO

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **09/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1) 0	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI MMSS NO MMII

Observacion: Desde el enfoque fisioterapéutico, el hipotiroidismo puede asociarse con lentitud motora, fatiga, debilidad muscular y menor tolerancia al esfuerzo; la esquizofrenia puede generar alteraciones en la iniciativa motriz, en la coordinación funcional, en la atención a la tarea y en la ejecución del movimiento, especialmente si existe efecto sedante por manejo farmacológico; y el estreñimiento junto con la incontinencia pueden influir en la movilidad, la postura, el desplazamiento y la autonomía para actividades básicas. Por lo anterior, la actividad motora del usuario se puede considerar disminuida o funcionalmente interferida, con necesidad de seguimiento fisioterapéutico para conservar movilidad, independencia y seguridad en el movimiento.

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	SILLA DE RUEDAS
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente ALTERADO | Lateral ALTERADO | Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Realiza sus movimientos con Normal es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad **Hipotonia** Distonia

Observacion: MMII

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuario masculino de 77 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo, esquizofrenia, estreñimiento, constipación e incontinencia mixta urinaria y fecal, quien desde el análisis fisioterapéutico requiere seguimiento orientado al mantenimiento de su capacidad funcional. De acuerdo con la información clínica suministrada, se trata de un usuario con condiciones de base que pueden repercutir en la movilidad global, el desempeño motor, la tolerancia a la actividad física, el control postural y la independencia funcional. El hipotiroidismo puede favorecer debilidad muscular, fatiga y lentitud en la ejecución motora; la esquizofrenia puede asociarse con alteraciones en la respuesta psicomotora, menor iniciativa de movimiento y posible disminución en la participación activa; y las alteraciones del patrón eliminatorio, como el estreñimiento y la incontinencia, pueden generar disconfort, cambios posturales y limitación en la funcionalidad. Por tal motivo, el usuario se considera candidato para intervención fisioterapéutica enfocada en movilidad articular, fortalecimiento, reeducación funcional, entrenamiento

OBJETIVO GENERAL

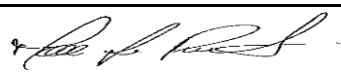
Mantener y/o mejorar la capacidad funcional del usuario mediante intervención fisioterapéutica orientada a preservar la movilidad, favorecer el desempeño motor, promover la independencia en las actividades básicas y prevenir complicaciones asociadas al desacondicionamiento físico derivado de sus patologías de base.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Como objetivos específicos se plantea favorecer la movilidad articular global para conservar amplitudes funcionales de movimiento; estimular la fuerza y la resistencia muscular para prevenir debilidad y deterioro físico progresivo; promover el control postural y el equilibrio con el fin de mejorar la seguridad durante las transferencias y desplazamientos; estimular la participación activa en actividades terapéuticas para reducir el sedentarismo y conservar la funcionalidad; y prevenir complicaciones secundarias, tales como rigidez, pérdida de masa muscular, intolerancia al esfuerzo y mayor dependencia para la movilidad y el autocuidado.

PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO:

Se recomienda instaurar un plan de manejo fisioterapéutico basado en ejercicios de movilidad articular activa y/o asistida, fortalecimiento muscular progresivo según tolerancia, actividades de control postural, ejercicios de equilibrio y coordinación, entrenamiento funcional de transferencias y marcha si aplica, y estimulación física regular enfocada en mantener la independencia y el acondicionamiento general. Asimismo, se sugiere incluir educación al personal cuidador sobre apoyo seguro en movilizaciones, cambios de posición y promoción de la actividad física cotidiana, además de seguimiento periódico para reevaluar respuesta al tratamiento, tolerancia al ejercicio y evolución funcional del usuario.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	LEONILDE LEYTON CALDERÓN					Edad	87 AÑOS
HC:	1.075.325.799	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Obesidad mórbida, discapacidad intelectual, hernia umbilical, retraso mental no especificado: otros deterioros del comportamiento						

Número de identificación del entrevistado	1.075.325.799
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Obesidad mórbida, discapacidad intelectual, hernia umbilical y retraso mental no especificado con otros deterioros del comportamiento	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Hidroclorotiazida 12.5 mg tableta, albendazol 200 mg tableta, clotrimazol 1% crema tópica y uso de pañal adulto según necesidad
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/75 mmgh F.R 15 rxm F.C 76lxm T° 36 %SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X		
	Costovertebral		Abdominal			
Tipo de torax:						
Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico
Relación inspiración- espiración (RIE)		1/1		1/2	X	2/1
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO		Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **9/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	9	Escala de calificación 0-7: incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Limitada o alterada. La obesidad mórbida condiciona disminución de agilidad, mayor sobrecarga articular, reducción de la resistencia física y dificultad para desplazamientos funcionales. La discapacidad intelectual y el retraso mental no especificado generan compromiso en la planeación motora, seguimiento de órdenes, velocidad de respuesta y adaptación al entorno, lo cual puede traducirse en movimientos lentos, necesidad de supervisión y dependencia parcial o moderada según la exigencia de la tarea.

MARCHA	Normal	Antalgica	Inclinada	Talon encontrando, marcha lenta con apoyo	
Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	CAMINADOR	
Amputacion	SI	NO	Localizacion:		
			TIPO:		

EQUILIBRIO	Sedente	CONSERVADO	Lateral	ALTERADO	Bipedo	ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria adulta mayor de 87 años con antecedentes de obesidad mórbida, discapacidad intelectual, hernia umbilical y trastorno cognitivo documentado, condiciones que repercuten en su movilidad funcional, control postural, tolerancia al esfuerzo y nivel de independencia. Desde el enfoque fisioterapéutico, presenta riesgo de desacondicionamiento físico, restricción para la marcha y para la realización de transferencias seguras, así como probabilidad de alteración en equilibrio, coordinación y patrón de movimiento por su condición cognitiva y por la carga mecánica derivada del exceso de peso corporal. Requiere intervención orientada a mantener la movilidad articular, prevenir complicaciones por sedentarismo, favorecer la funcionalidad global y reducir el riesgo de dependencia progresiva.

OBJETIVO GENERAL
Mantener y/o mejorar la funcionalidad motora de la residente mediante intervención fisioterapéutica enfocada en movilidad, control postural, fortalecimiento básico, prevención de complicaciones musculoesqueléticas y promoción de la mayor independencia posible en sus actividades cotidianas, de acuerdo con sus condiciones físicas y cognitivas.
OBJETIVO ESPECÍFICOS:
Favorecer la movilidad articular y la elasticidad de tejidos blandos para prevenir rigidez y limitación funcional. Mejorar la tolerancia a la actividad física mediante ejercicios terapéuticos de baja exigencia adaptados a su condición general. Estimular el control postural y el equilibrio para disminuir el riesgo de caídas y mejorar la seguridad durante las transferencias y desplazamientos. Potenciar la fuerza muscular global, especialmente en miembros inferiores y musculatura postural, con el fin de apoyar la marcha y la funcionalidad básica. Promover la participación activa en actividades guiadas que estimulen la coordinación motora y la respuesta a comandos sencillos. Orientar al personal cuidador en medidas de movilización segura, cambios posturales y acompañamiento funcional.
PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:
Se sugiere manejo fisioterapéutico integral con sesiones dirigidas a ejercicios de movilidad activa y asistida, fortalecimiento global de baja carga, entrenamiento de equilibrio y reeducación funcional según tolerancia. Deben incluirse actividades de cambios posturales, sedestación y bipedestación asistida, marcha supervisada si la usuaria lo permite, así como ejercicios respiratorios y pausas activas que favorezcan su condición general. Por la presencia de obesidad mórbida y hernia umbilical, se recomienda evitar esfuerzos excesivos, maniobras de Valsalva y actividades que incrementen la presión abdominal. El abordaje debe ser progresivo, seguro, supervisado y adaptado a su capacidad cognitiva, utilizando instrucciones simples, acompañamiento permanente y refuerzo continuo. También se recomienda seguimiento periódico de la funcionalidad motora y educación al equipo de cuidado para apoyar el mantenimiento de la movilidad y la prevención de complicaciones asociadas al inmovilismo.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	MARTHA ANDRADE CUPITIA					Edad	53 AÑOS
HC:	26.531.145	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	DISCAPACIDAD INTELECTUAL+ EPILEPSIA+ LESIONAL RETRACTORIAL						

Número de identificación del entrevistado	26.531.145
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Discapacidad intelectual y la epilepsia, por corresponder a condiciones neurológicas y del desarrollo con repercusión funcional.	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	La lesión retractorial podría relacionarse con secuelas músculo-esqueléticas o limitaciones derivadas de inmovilización, lesión previa o compromiso funcional.
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 116/83 mmhg	F.R 15rxm	F.C 68lxm	T° 36,6	%SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:	Periférica	X	Ausencia		
Disnea:	Grado I	Grado II		Grado III		Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	N.A	Batiestesia	N.A	Palestesia	N.A
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	PATOLOGICA			Localizacion	GENERALIZADA

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor		Enclaustramiento	Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	ALTERADA	Tricipital	ALTERADA	Rotuliano	ALTERADA	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INCAPAZ PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS CON UN PUNTAJE DE **6/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	0	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	6	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: **alterada o limitada**, teniendo en cuenta los diagnósticos de discapacidad intelectual, epilepsia y lesión retractorial. La discapacidad intelectual puede afectar la comprensión de órdenes, la planeación motora y la ejecución adecuada del movimiento; la epilepsia genera riesgo neurológico que puede comprometer la seguridad durante la movilidad y la funcionalidad; y la lesión retractorial sugiere restricción en el rango de movimiento, disminución de la elasticidad de tejidos y posible limitación para la movilidad articular y funcional. En conjunto, estas condiciones pueden traducirse en movimientos más lentos, limitados, poco coordinados o dependientes de supervisión, según el grado de compromiso clínico que presente la residente.

MARCHA	Normal		Antalgica		Inclinacion lateral	
Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	PRESENTA DISCREPANCIA EN EXTREMIDAD INFERIOR		
Amputacion	SI	NO		Localizacion:		
			TIPO:			
EQUILIBRIO	Sedente	ALTERADO	Lateral	ALTERADO	Bipedo	ALTERADO

Observacion:

COORDINACION	Dedo-Nariz	SI	NO	Dedo-Dedo	SI	NO	Talon-Rodilla	SI	NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Limitada en pequeños rangos de movilidad por su edad en MMSS e MMII

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad **Hipotonia** Distonia

Observacion: EXTREMIDADES

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria con compromiso funcional derivado de antecedentes neurológicos y músculo-esqueléticos, representados por discapacidad intelectual, epilepsia y lesión retractorial, condiciones que pueden influir en la calidad del movimiento, el control postural, la coordinación, el equilibrio, la movilidad articular y la independencia en actividades básicas de movilidad. Desde el área de fisioterapia, requiere seguimiento continuo para prevenir el deterioro funcional, mantener las capacidades motoras conservadas y favorecer su desempeño físico dentro de sus posibilidades, promoviendo una movilidad segura, asistida y adaptada a su estado general.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y potenciar la funcionalidad motora de la residente, previniendo complicaciones secundarias asociadas al desuso, la rigidez, las retracciones y la disminución de la movilidad, mediante intervención fisioterapéutica integral orientada a mejorar su calidad de vida y favorecer su mayor nivel posible de independencia funcional.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Preservar el rango de movilidad articular, disminuir la rigidez asociada a la lesión retractorial, estimular patrones básicos de movimiento, fortalecer de manera progresiva las capacidades físicas conservadas, favorecer el control postural y la coordinación motora, promover desplazamientos seguros con el nivel de apoyo requerido y prevenir complicaciones derivadas de inmovilidad o restricción funcional prolongada.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Realización de ejercicios de movilidad articular pasiva, activo-asistida o activa según tolerancia y nivel funcional, estiramientos suaves y progresivos para manejo de retracciones, técnicas de facilitación neuromuscular orientadas al control postural y la coordinación, actividades funcionales dirigidas al cambio de posición, sedestación, bipedestación y marcha si su condición lo permite, además de ejercicios terapéuticos para mantener fuerza, equilibrio y tolerancia a la actividad. Igualmente, se recomienda supervisión permanente durante las sesiones por antecedente de epilepsia, manejo seguro durante transferencias y desplazamientos, y educación a cuidadores sobre posicionamiento, movilización adecuada y prevención de complicaciones osteomusculares y funcionales.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	ORLANDO CLAVER					Edad	67 AÑOS
HC:	1.075.325.780	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Dermatitis crónica, antecedente quirúrgico de priapismo (octubre de 2018), discapacidad auditiva, discapacidad intelectual, contusión de tobillo, esquizofrenia no especificada, retraso mental no especificado con otros deterioros del comportamiento, y otras dermatitis especificadas						

Número de identificación del entrevistado	1.075.325.780
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Dermatitis crónica, discapacidad auditiva, discapacidad intelectual, contusión de tobillo, esquizofrenia no especificada, retraso mental no especificado con otros deterioros del comportamiento, otras dermatitis especificadas.	Quirúrgicos:	Cirugía por priapismo en octubre de 2018
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	Contusión de tobillo
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Manejo con acetaminofén, levomepromazina, risperidona, fluoxetina, betametasona tópica, albendazol, clotrimazol y biperideno
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/86 MMHG	F.R 16 RXM	F.C 81 LXM	T° 36.3	%SpO2 94

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INDEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **15/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	2	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	3	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	3	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	15	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:		Observacion:		

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: La actividad motora del residente se califica como **alterada**, con compromiso funcional secundario a su discapacidad intelectual, discapacidad auditiva, trastorno mental de base y antecedente de contusión de tobillo. Estas condiciones pueden generar limitación en la ejecución de movimientos voluntarios coordinados, disminución en la respuesta motora ante órdenes verbales, dificultad en la planeación motora, alteración en el equilibrio y riesgo de inestabilidad durante la marcha y las transferencias. A nivel funcional, puede presentar desempeño motor disminuido, con necesidad de supervisión, acompañamiento o asistencia parcial según la exigencia de la actividad.

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente: CONSERVADO | Lateral: CONSERVADO | Bipedo: CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Realiza sus movimientos con normal es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

Tono Muscular: Rigidez | Espasticidad | Hipotonia | Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Residente de 67 años de edad, con diagnósticos médicos de dermatitis crónica, antecedente quirúrgico por priapismo, discapacidad auditiva, discapacidad intelectual, contusión de tobillo, esquizofrenia no especificada, retraso mental no especificado con otros deterioros del comportamiento y otras dermatitis especificadas. Desde el componente fisioterapéutico, se evidencia un usuario con probable compromiso en su desempeño motor global, dada la afectación cognitiva y conductual asociada a sus diagnósticos de base, así como limitación funcional derivada de la contusión de tobillo. Puede presentar alteración en la movilidad, disminución en la estabilidad postural, limitación para la marcha segura, dificultad en la coordinación motora y dependencia parcial en actividades funcionales, especialmente aquellas que requieren secuencias motoras, cambios posturales y desplazamientos. Se considera un usuario con riesgo de caídas, desacondicionamiento físico y deterioro progresivo de la funcionalidad, por lo que requiere seguimiento fisioterapéutico continuo orientado al mantenimiento de sus capacidades físicas y prevención de complicaciones asociadas al inmovilismo y a la reducción de la actividad.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y optimizar la funcionalidad motora del residente mediante intervención fisioterapéutica integral, orientada a preservar la movilidad articular, favorecer la fuerza muscular, mejorar el equilibrio y la marcha, prevenir el deterioro físico progresivo y promover el mayor nivel posible de independencia en sus actividades funcionales, de acuerdo con su condición clínica y cognitiva.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer el mantenimiento de los rangos de movilidad articular para prevenir rigideces y restricciones funcionales. Mejorar o conservar la fuerza muscular global, especialmente en miembros inferiores y musculatura postural, para facilitar los cambios de posición, la bipedestación y la marcha. Estimular el equilibrio estático y dinámico con el fin de disminuir el riesgo de caídas. Reeducar el patrón de marcha y el apoyo corporal, en especial por antecedente de contusión de tobillo. Potenciar la coordinación motora y la ejecución funcional de actividades básicas, respetando las limitaciones derivadas de su condición cognitiva y conductual. Promover la mayor independencia posible en traslados y desplazamientos, y orientar al personal cuidador en estrategias de movilización segura, prevención de complicaciones y acompañamiento funcional.

PLAN DE MENEJO TERAPEUTICO:

Se propone manejo fisioterapéutico basado en ejercicios de movilidad articular activa, activa-asistida y pasiva según tolerancia, estiramientos suaves, fortalecimiento muscular progresivo, entrenamiento de equilibrio en sedente y bípedo, reeducación de marcha con supervisión y actividades funcionales orientadas a mejorar transferencias, postura y desplazamiento seguro. Se recomienda control permanente del riesgo de caídas, vigilancia del apoyo y de la tolerancia a la carga en miembro inferior comprometido por antecedente de contusión de tobillo, así como seguimiento de signos de dolor, inestabilidad o limitación del movimiento. Adicionalmente, se sugiere fomentar rutinas de actividad física adaptada, cambios de posición, integración a actividades terapéuticas y acompañamiento continuo del equipo cuidador para preservar el estado funcional del residente y prevenir el desacondicionamiento físico.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	MANUEL GARZON TOVAR					Edad	93 AÑOS
HC:	1.621.654	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Hipertensión, enfermedad renal crónica estadio III, hipotiroidismo, estado posquirúrgico de catarata, lente intraocular en ojo derecho (marzo 2018), anterolistesis cervical grado II, hernia inguinal bilateral, blefaritis, ERC G3, síncope y demencia senil.						

Número de identificación del entrevistado	1.621.654
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Hipertensión arterial, enfermedad renal crónica estadio III, hipotiroidismo, anterolistesis cervical grado II, hernia inguinal bilateral, blefaritis, síncope y demencia senil	Quirúrgicos:	Catarata con lente intraocular en ojo derecho en marzo de 2018
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos	Losartán 50 mg, ácido fólico 1 mg, levotiroxina 100 mcg, carbonato de calcio más vitamina D, rosuvastatina 40 mg, quetiapina 25 mg, hidróxido de aluminio más hidróxido de magnesio más simeticona, ciprofloxacina más dexametasona oftálmica y levomepromazina solución oral
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 117/76 mmhg F.R 16 rxm F.C 74 lxm T° 35.8 %SpO2 91

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	GENERALIZADA

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **09/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	ESPALDA Y CUELLO
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:		Observacion:		

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Limitada, por compromiso de la movilidad funcional, alteración del control postural, reducción de la velocidad de marcha, menor tolerancia al esfuerzo y riesgo aumentado de caídas. Esto se relaciona principalmente con la demencia senil, el antecedente de síncope, la anterolistesis cervical grado II, la hernia inguinal bilateral y la condición general asociada a la edad avanzada y las enfermedades crónicas de base. Desde fisioterapia, su desempeño motor debe considerarse con precaución, probablemente con dependencia parcial o necesidad de supervisión para desplazamientos, cambios de posición y actividades funcionales

Observacion:

MARCHA	Normal		Antalgica	Inclinada	Inclinación anterior del cuerpo, con desplazamiento del centro de gravedad por delante de la línea de base

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	APOYO A LA MOVILIDAD
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO	Sedente	CONSERVADO	Lateral	ALTERADO	Bipedo	ALTERADO	

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con NORMAL es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica de una manera funcional

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuario adulto mayor de 93 años con antecedentes clínicos de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica estadio III, hipotiroidismo, anterolistesis cervical grado II, hernia inguinal bilateral, blefaritis, síncope y demencia senil, además de antecedente quirúrgico de catarata con lente intraocular en ojo derecho. Desde el área de fisioterapia, se identifica un paciente con alto riesgo de deterioro funcional, posible disminución de la capacidad motora global, alteración del equilibrio, limitación en la movilidad cervical y general, compromiso en la seguridad durante la marcha y probable disminución en la independencia para actividades básicas de la vida diaria. Por su condición neurológica y cognitiva, puede presentar dificultades en el seguimiento de instrucciones, orientación y coordinación funcional, lo cual incrementa el riesgo de caídas y de desacondicionamiento físico. Se considera un usuario que requiere intervención fisioterapéutica orientada al mantenimiento funcional, prevención de complicaciones por inmovilidad, entrenamiento de movilidad segura y conservación de la mayor independencia posible.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o mejorar la funcionalidad motora global del usuario, favoreciendo la movilidad, el equilibrio, la postura, la marcha y la tolerancia al esfuerzo, con el fin de prevenir el deterioro físico progresivo, reducir el riesgo de caídas y promover el mayor nivel de independencia posible en sus actividades básicas de la vida diaria, de acuerdo con su condición clínica y cognitiva.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Mejorar y/o mantener la movilidad articular y la flexibilidad general, especialmente en segmentos comprometidos, con el fin de prevenir rigideces y limitaciones funcionales. Fortalecer de manera progresiva la musculatura postural y de miembros superiores e inferiores para favorecer la estabilidad, las transferencias y el desplazamiento seguro. Entrenar equilibrio estático y dinámico para disminuir el riesgo de caídas y optimizar la respuesta postural. Favorecer la marcha funcional de acuerdo con la capacidad del usuario, promoviendo seguridad y supervisión adecuada. Mantener la capacidad respiratoria y la tolerancia al esfuerzo mediante actividad física terapéutica dosificada. Estimular patrones motores funcionales que faciliten cambios de posición, sedente, bipedestación y deambulación. Educar al cuidador o personal asistencial en medidas de movilización segura, prevención de caídas y apoyo en el mantenimiento de la funcionalidad del usuario.

Plan de manejo terapéutico:

Se propone manejo fisioterapéutico enfocado en ejercicios de movilidad articular activa y asistida, estiramientos suaves, fortalecimiento muscular global de baja a moderada intensidad según tolerancia, entrenamiento de equilibrio y coordinación, reeducación de marcha con supervisión y ayudas técnicas si las requiere, entrenamiento funcional de transferencias y cambios de posición, además de actividades orientadas al mantenimiento de la postura y la estabilidad corporal. Se recomienda trabajar con sesiones dosificadas, respetando el estado general del usuario, signos de fatiga y condición cardiovascular. Por el antecedente de síncope y enfermedad renal crónica, la terapia debe realizarse con vigilancia permanente, controlando respuesta al esfuerzo y evitando sobrecargas. Asimismo, se sugiere implementar medidas preventivas de caídas, educación al cuidador, supervisión durante desplazamientos y continuidad de un programa de actividad física terapéutica encaminado a conservar la funcionalidad e independencia del usuario el mayor tiempo posible.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	MANUEL NIEVA					Edad	67 AÑOS
HC:	1.075.325.779	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	Nueva EPS
Diagnostico Medico:	Leucemia, hiperplasia de próstata, anemia con volúmenes bajos, neumonía y esquizofrenia						

Número de identificación del entrevistado	1.075.325.779
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Leucemia, hiperplasia de próstata, anemia con volúmenes bajos, neumonía, esquizofrenia	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Clotrimazol solución tópica, levomepromazina 100 mg tableta, lactulosa 66.7 g/15 ml solución oral, sulfato ferroso jarabe, tamsulosina 0.4 mg tableta, albendazol 200 mg tableta, salbutamol inhalador y clotrimazol + dexametasona + neomicina crema tópica.
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 116/78 mmhg F.R 16 rxm F.C 68lxm T° 36.5 %SpO2 91%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **09/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	GENERALIZADO

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:		Observacion:		

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: comprometida

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	Ocasionalmente, apoyo a la marcha
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente: CONSERVADO | Lateral: CONSERVADO | Bipedo: CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con NORMAL es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuario masculino adulto mayor, con antecedentes diagnósticos de leucemia, hiperplasia de próstata, anemia con volúmenes bajos, neumonía y esquizofrenia, condiciones que repercuten de manera directa en su estado funcional. Se infiere riesgo de desacondicionamiento físico, debilidad muscular, disminución de la tolerancia al esfuerzo y posible compromiso en la movilidad funcional, asociado tanto a patología sistémica como a afectación del estado general. Además, por el uso de pañal y el manejo farmacológico instaurado, se reconoce probable dependencia en actividades básicas, riesgo de sedentarismo y necesidad de seguimiento del estado respiratorio, postural y motor. Desde fisioterapia, el usuario requiere abordaje integral orientado a preservar el movimiento, prevenir complicaciones secundarias por inmovilidad y favorecer el mayor nivel de funcionalidad posible según su condición clínica.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o mejorar la capacidad funcional del usuario mediante intervención fisioterapéutica integral, orientada a preservar la movilidad, favorecer la funcionalidad, prevenir complicaciones asociadas al desacondicionamiento y promover la mayor independencia posible de acuerdo con su estado de salud.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer la movilidad articular y muscular a través de ejercicios terapéuticos adaptados; prevenir rigideces, retracciones, debilidad muscular y complicaciones por inmovilidad prolongada; estimular cambios de posición, transferencias y marcha según tolerancia y condición clínica; mejorar la tolerancia al esfuerzo y el patrón respiratorio mediante actividades de baja carga y ejercicios respiratorios, especialmente por antecedente de neumonía; fortalecer el control postural y el equilibrio para disminuir el riesgo de caídas; y promover la participación activa del usuario dentro de sus capacidades cognitivas y funcionales.

PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO:

Control y seguimiento fisioterapéutico periódico, ejercicios de movilidad articular pasiva, activa asistida o activa según respuesta del usuario, estiramientos suaves, fortalecimiento muscular global de baja intensidad, entrenamiento de cambios posturales y transferencias, reeducación de la marcha si el estado funcional lo permite, ejercicios respiratorios y de expansión torácica, así como actividades orientadas al mantenimiento de la tolerancia al esfuerzo. También se recomienda prevención de síndrome de inmovilidad, vigilancia del estado funcional, educación al personal cuidador sobre movilización segura, cambios de posición y prevención de complicaciones osteomusculares y respiratorias. El manejo debe ajustarse a la evolución clínica del usuario y a su capacidad de respuesta durante las sesiones.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	MARIA ENEIRA QUIÑONES M.					Edad	79 AÑOS
HC:	26.563.409	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	Nueva EPS
Diagnostico Medico:	Enfermedad de Parkinson, dermatomicosis y discapacidad intelectual						

Número de identificación del entrevistado	26563409
Número de identificación del entrevistador	1079180278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Enfermedad de Parkinson, dermatomicosis y discapacidad intelectual	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Biperideno 2 mg tableta, sertralina 50 mg tableta, atorvastatina 40 mg tableta, quetiapina 100 mg tableta y levomepromazina 4% solución oral
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 118/79MMHG F.R 15RXM F.C 72LXM T° 36 %SpO2 93%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I	X	Grado II		Grado II	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADA	Tricipital	CONSERVADA		Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea		Hemibalismo	Temblor X EXTREM MS

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDIENTE PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **15/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 (2) 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	(3) 2 1 0	3	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	(2) 1	2	Independiente Dependiente
Total	20	15	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

calificación de la actividad motora puede considerarse **alterada o limitada**, con mayor compromiso por la enfermedad de Parkinson y la discapacidad intelectual

Observacion:

MARCHA	Normal		Antalgica		Inclinacion lateral

Observacion: Realizaba marcha normal de manera independiente, pero sin causa o razon se evidencia una molestia que genera una marcha irregular, con poco apoyo de su pierna derecha, lo cual limita su desplazamiento

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	Perosna o silla de ruedas por la novedad presentada
Amputacion	SI	NO		Localizacion:
			TIPO:	

EQUILIBRIO	Sedente	CONSERVADO	Lateral	CONSERVADO	Bipedo	CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Limitada en pequeños rangos de movilidad por su edad

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad **Hipotonia** Distonia

Observacion:

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria adulta mayor con antecedentes clínicos de enfermedad de Parkinson, discapacidad intelectual y dermatomicosis, condiciones que condicionan alteración del control postural, disminución de la velocidad de respuesta motora, limitación en la coordinación y posible dependencia parcial o mayor pa ejecución de actividades básicas y funcionales. Desde fisioterapia se considera que presenta riesgo de deterioro de la movilidad funcional, alteración del equilibrio y de la marcha, así como necesidad de intervención orientada al mantenimiento de capacidades físicas residuales, prevención de complicacion por inmovilidad y promoción de la mayor independencia posible de acuerdo con su condición de base. Se recomienda considerar seguimiento continuo d desempeño motor, tolerancia al ejercicio, cambios posturales, transferencias y seguridad durante la movilidad.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o mejorar la funcionalidad motora de la usuaria mediante intervención fisioterapéutica orientada a preservar la movilidad, favorecer el cont postural, reducir el riesgo de caídas y promover el mayor nivel de independencia posible en sus actividades cotidianas, de acuerdo con su condición clínic cognitiva.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer la movilidad articular y la elasticidad muscular para prevenir rigideces y retracciones; estimular el control postural y las reacciones de equilibrio sedente, bípedo y durante la marcha o desplazamientos funcionales; entrenar cambios de posición y transferencias con enfoque en seguridad; fortalecer manera progresiva la capacidad funcional y la tolerancia al esfuerzo; estimular la coordinación motora y la ejecución de patrones de movimiento funcion orientar al personal cuidador en medidas de apoyo para movilización segura, prevención de caídas y manejo postural; y contribuir al mantenimiento de l autonomía en actividades básicas según el nivel de respuesta de la usuaria.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

El plan de manejo terapéutico sugiere intervención fisioterapéutica individual y/o grupal según tolerancia, con ejercicios de movilidad articular activa y asistida, estiramientos suaves, actividades de facilitación del movimiento, entrenamiento de equilibrio y control postural, reeducación de cambios de pos práctica de transferencias, marcha asistida si la condición funcional lo permite, ejercicios de coordinación y fortalecimiento funcional de baja a moderada intensidad, además de estrategias de estimulación motora mediante órdenes simples, repetición y acompañamiento verbal o manual. Se recomienda complementar con educación a cuidadores sobre higiene postural, prevención de caídas, adecuación del entorno, vigilancia de la fatiga y acompañamien permanente en actividades que impliquen riesgo, con seguimiento periódico para ajustar el plan terapéutico según evolución funcional.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	MARIA QUINTERO					Edad	86 AÑOS
HC:	1.075.325.793	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Gastritis crónica, estreñimiento, dermatomicosis y discapacidad intelectual						

Número de identificación del entrevistado	26.515.641
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Gastritis crónica/no especificada, el estreñimiento, la dermatomicosis, la incontinencia fecal, la incontinencia urinaria y la discapacidad intelectual.	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Esomeprazol, sucralfato, carboximetilcelulosa + glicerina de uso oftálmico, trimebutina e hidróxido de aluminio + hidróxido de magnesio + simeticona
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 123/86 MMHG	F.R 15RXM	F.C 73LXM	T° 36,1	%SpO2 93%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	X

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	MEDIA					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X		Asimétrico		
cianosis:	Central:		Periférica	X	Ausencia	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	ALTERADA	Batiestesia	ALTERADA	Palestesia	ALTERADA
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	GENERALIZADO

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INCAPAZ PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS CON UN PUNTAJE DE **5/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	0	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	0	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	5	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	RODILLAS

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea

Localizacion: Observacion:

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: **disminuida funcionalmente**, con posible conservación de movimientos básicos, pero con necesidad de seguimiento, estimulación y supervisión según su respuesta cognitiva y condición general.

MARCHA	Normal		Antalgica		NO REALIZA	
Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**			
Amputacion	SI	NO		Localizacion:		
			TIPO:			
EQUILIBRIO	Sedente	ALTERADO	Lateral	ALTERADO	Bipedo	ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI **NO**

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

Tono Muscular: Rigidez **Espasticidad** Hipotonia Distonia

Observacion:

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente adulta mayor con antecedentes de discapacidad intelectual, patologías gastrointestinales e incontinencia urinaria y fecal, condiciones que repercut su funcionalidad y desempeño motor general. Desde fisioterapia se considera una usuaria con riesgo de deterioro de la movilidad funcional, posible disminu en la coordinación motora y necesidad de acompañamiento en actividades que impliquen seguimiento de instrucciones, cambios de posición, marcha o ejec de ejercicios dirigidos. La discapacidad intelectual puede interferir en la capacidad de respuesta al comando verbal, en la secuencia del movimiento y en la independencia funcional, mientras que las demás patologías pueden reducir la tolerancia al ejercicio y afectar la comodidad durante la movilización. Requie manejo fisioterapéutico orientado a conservar movilidad, prevenir desacondicionamiento físico, promover funcionalidad y disminuir el riesgo de complicaci derivadas del sedentarismo o de la dependencia.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o mejorar la funcionalidad motora de la residente mediante intervención fisioterapéutica orientada a la conservación de la movilidad, el fortalecimiento de capacidades físicas básicas, la prevención de deterioro funcional y la promoción de mayor seguridad en sus actividades cotidianas.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Favorecer la movilidad articular global y la ejecución de patrones básicos de movimiento; estimular la coordinación, el equilibrio y el control postural de acu con su capacidad cognitiva y funcional; prevenir complicaciones asociadas al desacondicionamiento físico y a la inmovilidad prolongada; mejorar la toleranci la actividad física mediante ejercicios terapéuticos dosificados; promover el mayor nivel de independencia posible en transferencias, desplazamientos y actividades motoras básicas; y brindar acompañamiento terapéutico que contribuya al bienestar físico general de la residente.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se sugiere plan de manejo fisioterapéutico enfocado en ejercicios de movilidad articular activa y/o asistida, fortalecimiento muscular general, entrenamient equilibrio y coordinación, reeducación de cambios de posición y transferencias, actividades de estimulación motora funcional y marcha asistida si la condici la residente lo permite. Complementariamente, se recomienda realizar actividades terapéuticas sencillas, repetitivas y guiadas con instrucciones claras, acor a su capacidad cognitiva, favoreciendo la participación activa. Debe incluirse seguimiento periódico de su tolerancia al ejercicio, vigilancia del estado genera durante la intervención y trabajo preventivo para evitar rigidez, pérdida de fuerza, disminución de la capacidad funcional y mayor dependencia. El manejo d ser continuo, individualizado y ajustado a la evolución clínica de la residente.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	MARITZA MILLAN SOTO					Edad	51 AÑOS
HC:	55.172.564	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Posoperatorio de cirugía de catarata bilateral, trastorno afectivo bipolar, lumbago no especificado y constipación						

Número de identificación del entrevistado	55.172.564
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Trastorno afectivo bipolar, lumbago no especificado y constipación	Quirúrgicos:	Posoperatorio de cirugía de catarata bilateral
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Biperideno 2 mg, risperidona 2 mg, ácido valproico 250 mg, levomepromazina solución oral, bisacodilo 5 mg, pregabalina 75 mg, etoricoxib tableta y diclofenaco gel tópico
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A	124/82 mmgh	F.R	16rxm	F.C	65lxm	T°	36,2	%SpO2	96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)		1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL						
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X		Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	N.A.			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INDEPENDIENTE PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **16/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	(2) 1	2	Independiente Dependiente
Intestino	(2) 1 0	2	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	(3) 2 1 0	3	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	(3) 2 1 0	3	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	16	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: **Levemente alterada**

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinacion lateral

Ayuda externa SI NO **TIPO:**

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente CONSERVADO | Lateral CONSERVADO | Bipedo CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Realiza sus movimientos sin limitaciones de acuerdo a su edad y condicion mental

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: N-A

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria femenina de 51 años de edad, con diagnóstico de posoperatorio de cirugía de catarata bilateral, trastorno afectivo bipolar, lumbago no especificado y constipación, quien desde el enfoque fisioterapéutico requiere seguimiento orientado al mantenimiento de su capacidad funcional y prevención del deterioro motor. De acuerdo con las patologías descritas, presenta riesgo de disminución en la movilidad funcional debido al dolor lumbar, posible reducción en la tolerancia a actividades físicas y eventual compromiso en la seguridad durante desplazamientos por antecedente visual quirúrgico. El componente psiquiátrico y el manejo farmacológico pueden influir en su respuesta motora, participación y desempeño ocupacional. Se considera pertinente intervención fisioterapéutica enfocada en movilidad, control postural, marcha, flexibilidad, fortalecimiento global y educación en higiene postural, con el fin de preservar independencia funcional y minimizar complicaciones derivadas del sedentarismo o de posturas mantenidas.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o mejorar la funcionalidad motora de la usuaria, favoreciendo la movilidad, el control postural, la marcha y la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, mediante un plan fisioterapéutico orientado a la disminución del dolor lumbar, prevención del desacondicionamiento físico y promoción del movimiento seguro.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Disminuir la sintomatología dolorosa asociada a lumbago mediante estrategias fisioterapéuticas conservadoras; favorecer la movilidad articular y la flexibilidad del tronco y extremidades para prevenir rigidez y limitación funcional; fortalecer grupos musculares implicados en postura, estabilidad y desplazamiento para mejorar el desempeño motor; entrenar patrones de marcha y equilibrio con enfoque preventivo para reducir riesgo de caídas; promover hábitos de higiene postural y cambios de posición adecuados; estimular la participación activa en actividades terapéuticas de acuerdo con su condición clínica y tolerancia; y contribuir al mantenimiento de la independencia funcional dentro de su entorno institucional.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se sugiere manejo fisioterapéutico con sesiones orientadas a ejercicios de movilidad articular activa y activa asistida, estiramientos suaves, fortalecimiento muscular progresivo, ejercicios de control postural, entrenamiento de equilibrio y marcha, y reeducación funcional para actividades básicas. Complementariamente, se recomienda educación en higiene postural, supervisión de cambios de posición, promoción de pausas activas y caminatas terapéuticas según tolerancia. En caso de dolor lumbar, puede incluirse manejo físico conservador con técnicas analgésicas no invasivas de acuerdo con criterio clínico. Se aconseja seguimiento continuo de la respuesta al ejercicio, vigilancia de signos de fatiga o somnolencia asociados al tratamiento farmacológico y trabajo interdisciplinario para favorecer un abordaje integral de la usuaria.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	**MARLENY SAAVEDRA LOSADA**					Edad	69 AÑOS
HC:	1.075.325.777	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Discapacidad intelectual, retraso mental moderado con deterioro del comportamiento de grado no especificado y conjuntivitis aguda no especificada						

Número de identificación del entrevistado	1.075.325.777
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	N.A	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 123/82 mmhg F.R 16rxm F.C 78lxm T° 36,5 %SpO2 97%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular			Diafragmático	X	
	Costovertebral			Abdominal		

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)		1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL						
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X		Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **14/20**

Alimentación	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	2	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	3	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	14	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: **Actividad motora funcional con compromiso leve a moderado**, posiblemente influenciada por su condición cognitiva, la capacidad de seguir instrucciones, la respuesta al entorno y el deterioro comportamental.

MARCHA	Normal	Antalgica	Inclinacion lateral

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO	Sedente	CONSERVADO	Lateral	CONSERVADO	Bipedo	CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: N-A

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos sin limitaciones de acuerdo a su edad y condicion mental

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria adulta mayor de 69 años con antecedente de discapacidad intelectual y retraso mental moderado, condiciones que repercuten principalmente esfera cognitiva, conductual y funcional. Desde el área de fisioterapia, la residente puede presentar limitaciones en la planeación motora, seguimiento d órdenes, coordinación de movimientos y desempeño seguro en actividades funcionales, por lo que requiere observación continua de su movilidad globa postura, equilibrio, marcha y transferencias. Adicionalmente, el episodio de conjuntivitis aguda puede generar incomodidad visual transitoria, lo que po influir de manera indirecta en la orientación espacial y en la seguridad durante la movilización.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y favorecer la funcionalidad motora global de la residente, promoviendo su movilidad segura, independencia funcional en el mayor nivel posi disminuyendo el riesgo de deterioro físico asociado a su condición cognitiva y comportamental.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Estimular la movilidad articular y la capacidad de desplazamiento funcional, favorecer el equilibrio, la coordinación y las transferencias posturales, preve desacondicionamiento físico secundario al sedentarismo o a la dependencia funcional, reforzar la respuesta motora a comandos sencillos mediante actividades guiadas y repetitivas, y disminuir el riesgo de caídas o accidentes durante la marcha y las actividades básicas cotidianas mediante supervisió acompañamiento terapéutico.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

El plan de manejo terapéutico debe orientarse a intervención fisioterapéutica de mantenimiento y estimulación funcional, incluyendo ejercicios activos asistidos y activos libres según tolerancia, entrenamiento en cambios de posición y transferencias, actividades de coordinación motora simple, ejercicio equilibrio en sedente y bípedo, reeducación de la marcha si aplica, estimulación de la movilidad global mediante rutinas funcionales y acompañamiento actividades que promuevan autonomía. Se recomienda trabajar con indicaciones cortas, claras y repetitivas, respetando el nivel cognitivo de la resident así como mantener supervisión durante la movilización para prevenir eventos adversos. También es pertinente realizar seguimiento periódico de su desempeño motor y funcional para identificar cambios en su condición y ajustar el abordaje terapéutico según evolución.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	MODESTA TRUJILLO CAICEDO					Edad	87 AÑOS
HC:	26.465.009	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Estreñimiento o constipación, discapacidad intelectual, demencia vascular no especificada, incontinencia fecal e incontinencia urinaria no especificada						

Número de identificación del entrevistado	26.465.009
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	demencia vascular no especificada, discapacidad intelectual, incontinencia fecal, incontinencia urinaria no especificada y estreñimiento/constipación	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos	omeprazol 20 mg cápsula, levomepromazina 40 mg/ml solución oral, haloperidol 5 mg tableta y polietilenglicol 3350 polvo oral
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/80MMHG F.R 13RXM F.C 78LXM T° 36.7 %SpO2 97%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica	X	Ausencia	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	No Refiere	Batiestesia	No Refiere	Palestesia	No Refiere
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado				Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	Generalizada

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	ALTERADA	Tricipital	ALTERADA	Rotuliano	ALTERADA	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INCAPAZ PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS CON UN PUNTAJE DE **4/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	0	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	0	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	4	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	MANO DERECHA
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	PIES

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: moderada a severa, principalmente por la asociación entre demencia vascular no especificada, discapacidad intelectual y los cuadros de incontinencia, los cuales pueden afectar la coordinación motora, la planificación del movimiento, el equilibrio, la marcha funcional, la orientación espacial y la seguridad en la movilidad.

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinacion lateral | Ausente

Ayuda externa SI NO **TIPO:** SILLA DE RUEDAS

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente ALTERADO | Lateral ALTERADO | Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Limitada en pequeños rangos de movilidad por su edad en MMSS e MMII

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: EXTREMIDADES

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria adulta mayor de 87 años con antecedentes de discapacidad intelectual, demencia vascular no especificada, incontinencia fecal, incontinencia urina estreñimiento, condiciones que repercuten sobre su desempeño motor y funcional. Desde fisioterapia, se considera una residente con riesgo de deterioro movilidad global, alteración del control postural, disminución de la coordinación, posible compromiso del equilibrio y limitación en la ejecución autónoma actividades funcionales básicas. Su condición neurológica y cognitiva puede interferir con la comprensión de órdenes, la secuenciación del movimiento y la seguridad durante la marcha y las transferencias, por lo cual requiere abordaje terapéutico integral orientado a preservar la funcionalidad remanente, prev complicaciones asociadas al sedentarismo y favorecer el mayor nivel de independencia posible dentro de sus capacidades.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o potenciar la capacidad funcional motora de la usuaria, favoreciendo la movilidad segura, el control postural, la tolerancia al esfuerzo y la participación en actividades básicas, con el fin de prevenir el deterioro físico progresivo y promover la mejor calidad de vida posible de acuerdo con su con clínica y cognitiva.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Mejorar y/o conservar la movilidad articular y la flexibilidad global para prevenir rigideces y limitaciones funcionales. Favorecer el mantenimiento de la fue muscular y la resistencia física para apoyar la ejecución de cambios posturales, transferencias y desplazamientos. Estimular el equilibrio, la coordinación y e control postural para disminuir el riesgo de caídas y aumentar la seguridad en la movilidad. Promover la funcionalidad en actividades básicas mediante ejercicios terapéuticos adaptados a su capacidad cognitiva y motora. Prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad, el desacondicionamiento físico y dependencia funcional prolongada.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se recomienda manejo fisioterapéutico integral con sesiones orientadas a movilidad articular activa y/o asistida, ejercicios de fortalecimiento muscular glo reeducación postural, entrenamiento de equilibrio y coordinación, trabajo de transferencias y estimulación de marcha según tolerancia y nivel de apoyo requerido. Se sugiere incluir actividades funcionales simples, repetitivas y guiadas, con instrucciones claras y acompañamiento continuo, teniendo en cuen discapacidad intelectual y el compromiso cognitivo. Asimismo, se aconseja implementar estrategias de prevención de caídas, cambios de posición frecuent fomento de la deambulación o movilización supervisada, y educación al personal cuidador sobre apoyo seguro en movilizaciones y mantenimiento de rutin motoras. El abordaje deberá ajustarse a la evolución clínica, respuesta funcional y condición general de la usuaria.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	NELCY SANCHEZ ROSERO					Edad	63 AÑOS
HC:	55.057.860	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Reducción abierta de fractura de húmero izquierdo con fijación interna (25 de abril de 2024), trastorno afectivo bipolar y discapacidad intelectual.						

Número de identificación del entrevistado	55.057.860
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Trastorno afectivo bipolar y la discapacidad intelectual	Quirúrgicos:	Reducción abierta de fractura de húmero izquierdo con fijación interna, procedimiento realizado el 25 de abril de 2024
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	Antecedente de fractura de húmero izquierdo
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Biperideno clorhidrato 2 mg, levomepromazina 25 mg y divalproato sódico 250 mg
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 119/74 mmhg F.R 16rxm F.C 78lxm T° 36,2 %SpO2 95%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	ALTERADO	Batiestesia	ALTERADO	Palestesia	ALTERADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	GENERALIZADA

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia		Confusión		Coma Superficial	
Coma Profundo		Estupor		Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO		Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia		Corea		Hemibalismo		Temblor	

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **14/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	(2) 1	2	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 (2) 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	(3) 2 1 0	3	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	14	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion:

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinacion lateral

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente: CONSERVADO | Lateral: CONSERVADO | Bipedo: CONSERVADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: N-A

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos sin limitaciones de acuerdo a su edad y condicion mental

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria de 63 años de edad, con antecedentes de trastorno afectivo bipolar, discapacidad intelectual y reducción abierta de fractura de húmero izquierd fijación interna, condiciones que pueden repercutir en su desempeño motor global, funcionalidad y nivel de independencia. Desde fisioterapia, se consid que la residente puede presentar limitación funcional del miembro superior izquierdo, posible disminución de fuerza muscular, alteración en la movilida articular y compromiso en actividades básicas y funcionales que involucren el uso bilateral de miembros superiores. Asimismo, su condición cognitiva y d salud mental puede influir en la comprensión de órdenes, la participación activa en el tratamiento y la calidad del control motor. Requiere valoración y seguimiento integral orientado a mantener la funcionalidad, prevenir rigideces, minimizar el desacondicionamiento físico y favorecer su desempeño en actividades de la vida diaria.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y/o mejorar la funcionalidad motora de la usuaria, favoreciendo la movilidad, la independencia y la participación en actividades básicas de la v diaria, mediante intervención fisioterapéutica acorde con sus condiciones físicas, cognitivas y conductuales.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Mejorar o mantener los arcos de movilidad del miembro superior izquierdo y del resto de segmentos corporales comprometidos funcionalmente. Favore el mantenimiento de la fuerza muscular, la coordinación y la tolerancia a la actividad física según capacidad de la usuaria. Prevenir rigidez articular, dolo desuso, pérdida de funcionalidad y complicaciones derivadas del inmovilismo o de la baja participación motora. Potenciar la ejecución de movimientos funcionales guiados y actividades terapéuticas adaptadas a su nivel cognitivo. Promover mayor seguridad en la movilización y mejor desempeño en las actividades cotidianas con acompañamiento del equipo interdisciplinario y cuidadores.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Se recomienda manejo fisioterapéutico enfocado en ejercicios de movilidad articular activa, activa asistida y pasiva según tolerancia, especialmente en miembro superior izquierdo; actividades de fortalecimiento muscular progresivo; entrenamiento funcional orientado a actividades de la vida diaria; ejer de coordinación, control postural y esquema corporal; reeducación motora mediante tareas simples, repetitivas y guiadas; técnicas de estiramiento para prevenir retracciones; seguimiento de tolerancia al ejercicio y respuesta funcional; y educación al personal cuidador sobre movilización segura, estimula motora y prevención de complicaciones asociadas a la inactividad física. El tratamiento debe ajustarse a la condición clínica, respuesta conductual y nive colaboración de la usuaria.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	**ORLANDO OSPINA**					Edad	76 AÑOS
HC:	12.099.961	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	Nueva EPS
Diagnostico Medico:	Artrosis en cuello de pie izquierdo, HPB, anemia crónica, hipoacusia bilateral con uso de audífonos, hernia hiatal, gastritis, hernia inguinal derecha, discapacidad intelectual y contusión del codo						

Número de identificación del entrevistado	12.099.961
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Artrosis en cuello de pie izquierdo, HPB, anemia crónica, hipoacusia bilateral con uso de audífonos, hernia hiatal, gastritis, hernia inguinal derecha, discapacidad intelectual y contusión del codo	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	contusión del codo
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Cetaminofén, cefalexina, hidróxido de aluminio más hidróxido de magnesio más simeticona, sucralfato, omeprazol, albendazol, haloperidol y flunarizina
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros: Uso de audífonos como apoyo por hipoacusia bilateral

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 116/78 mmhg	F.R 16rxm	F.C 75lxm	T° 36,4	%SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	CONSERVADO

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **09/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento? HOMBRO DERECHO

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: **Alterada de forma leve a moderada**

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa SI NO **TIPO:** SILLA DE RUEDAS

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente ALTERADO | Lateral ALTERADO | Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: **Rigidez** Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: MMII

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuario adulto mayor de 76 años con antecedentes patológicos de artrosis en cuello de pie izquierdo, anemia crónica, hipoacusia bilateral con uso de audífonos, hernia hiatal, gastritis, hernia inguinal derecha, HPB y discapacidad intelectual, además de antecedente traumático reciente de contusión de codo. Desde el componente físico, se infiere compromiso de la movilidad funcional asociado a cambios osteoarticulares y al proceso de envejecimiento, con probable disminución en la tolerancia al esfuerzo, alteración en la marcha y posible reducción en el equilibrio y la coordinación motora. Desde el componente cognitivo y sensorial, la discapacidad intelectual y la hipoacusia pueden condicionar lentitud en el procesamiento de órdenes, necesidad de indicaciones simples y acompañamiento durante las actividades terapéuticas. Requiere intervención fisioterapéutica orientada al mantenimiento de la funcionalidad, prevención del deterioro físico y reducción del riesgo de dependencia.

OBJETIVO GENERAL

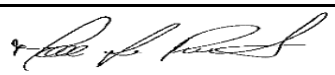
Mantener y/o mejorar la capacidad funcional del usuario mediante intervención fisioterapéutica integral, orientada a preservar la movilidad articular, favorecer la marcha, fortalecer la capacidad física general, estimular el equilibrio y promover el mayor nivel de independencia posible en sus actividades básicas, de acuerdo con su condición clínica y funcional.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Disminuir la rigidez y las limitaciones asociadas a la artrosis de cuello de pie izquierdo; mejorar la movilidad articular y la flexibilidad global; fortalecer miembros inferiores y superiores dentro de la tolerancia del usuario; entrenar equilibrio, coordinación y cambios de posición para reducir riesgo de caídas; favorecer la marcha segura con o sin apoyo según requerimiento; mejorar la tolerancia al esfuerzo mediante ejercicios dosificados; estimular la respuesta motora a órdenes simples teniendo en cuenta su discapacidad intelectual e hipoacusia; y prevenir complicaciones asociadas al desacondicionamiento físico y a la inmovilidad.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Ejercicios de movilidad articular activa y asistida, especialmente en miembros inferiores y articulación del tobillo y pie izquierdo; actividades de fortalecimiento muscular global de baja a moderada intensidad, con énfasis en miembros inferiores, tronco y estabilidad postural; entrenamiento de equilibrio estático y dinámico; reeducación de la marcha y transferencias; ejercicios de coordinación y estimulación motora funcional con instrucciones cortas, claras y demostrativas; pausas activas y trabajo de tolerancia al esfuerzo según respuesta clínica; acompañamiento en actividades funcionales básicas; y seguimiento permanente de signos de fatiga, dolor o intolerancia durante la sesión. El abordaje debe realizarse de forma progresiva, segura y adaptada a sus condiciones físicas, cognitivas y sensoriales.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	**PABLO EMILIO GUZMAN BUSTOS**					Edad	45 AÑOS
HC:	7.720.643	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Parálisis cerebral espástica cuadripléjica, secuelas de accidente cerebrovascular, desnutrición proteicocalórica severa no especificada, retraso mental profundo con deterioro del comportamiento de grado no especificado, necesidad de asistencia debida a movilidad reducida, dermatitis seborreica no especificada, trastorno de la ingestión de alimentos no especificado, estreñimiento crónico, incontinencia fecal, incontinencia urinaria no especificada y discapacidad intelectual.						

Número de identificación del entrevistado	7.720.643
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	parálisis cerebral espástica cuadripléjica, secuelas de accidente cerebrovascular, retraso mental profundo con deterioro del comportamiento de grado no especificado, discapacidad intelectual, dermatitis seborreica no especificada, trastorno de la ingestión de alimentos no especificado, desnutrición proteicocalórica severa no especificada, estreñimiento crónico, incontinencia fecal, incontinencia urinaria no especificada y necesidad de asistencia debida a movilidad reducida.	Quirúrgicos:	Antecedente de gastrostomía en junio de 2019
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Ketoconazol 2% shampoo, biperideno 2 mg tableta, amitriptilina clorhidrato 25 mg tableta, polietilenglicol 3350 en polvo oral, hidróxido de aluminio suspensión oral y nistatina más óxido de zinc crema tópica
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 118/75 MMHG	F.R 15 RXM	F.C 73 LXM	T° 36	%SpO2 92%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	GENERALIZADA PATOLOGICA

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **09/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:		Observacion:		

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: alterada severa, con dependencia funcional

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	SILLA DE RUEDAS
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente: ALTERADO | Lateral: ALTERADO | Bipedo: ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz: SI NO | Dedo-Dedo: SI NO | Talon-Rodilla: SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: **Rigidez** **Espasticidad** Hipotonia Distonia

Observacion: MMSS

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente masculino de 45 años de edad con diagnóstico médico de parálisis cerebral espástica cuadripléjica, secuelas de accidente cerebrovascular, retraso mental profundo con deterioro del comportamiento no especificado, discapacidad intelectual, movilidad reducida, dermatitis seborreica, trastorno de la ingestión de alimentos, desnutrición proteicocalórica severa, incontinencia fecal e incontinencia urinaria. Desde el componente fisioterapéutico se evidencia compromiso motor global severo, con alteración importante del tono muscular de características espásticas, limitación marcada del movimiento voluntario, disminución del control postural, restricción funcional para cambios de posición, sedestación, bipedestación, marcha y desplazamiento. Presenta alta dependencia para la ejecución de actividades básicas de movilidad y transferencias, con necesidad permanente de asistencia por movilidad reducida. Su condición neurológica de base, sumada al compromiso cognitivo y al estado nutricional deficiente, incrementa el riesgo de desacondicionamiento físico, contracturas, deformidades osteomusculares, rigidez articular, úlceras por presión y mayor deterioro de la capacidad funcional. Por lo anterior, requiere manejo fisioterapéutico continuo, orientado a conservar la movilidad disponible, prevenir complicaciones secundarias al inmovilismo y favorecer el mayor nivel posible de funcionalidad y confort.

OBJETIVO GENERAL

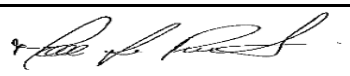
Mantener y/o mejorar la condición físico-funcional del paciente a través de intervención fisioterapéutica integral, orientada al manejo del compromiso motor severo, la disminución de las limitaciones funcionales, la prevención de complicaciones asociadas al inmovilismo y la promoción del mayor grado posible de independencia, comodidad y calidad de vida, de acuerdo con su condición neurológica y cognitiva de base.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Disminuir o modular el impacto de la espasticidad sobre el movimiento y la postura, favoreciendo patrones motores más funcionales y confortables. Mantener el rango de movilidad articular y la extensibilidad de tejidos blandos para prevenir retracciones, contracturas y deformidades osteomusculares. Favorecer el control postural y la tolerancia a diferentes posiciones funcionales, según la capacidad del paciente. Estimular la movilidad activa y activa-asistida de los segmentos corporales conservados, promoviendo la participación motora dentro de sus posibilidades. Entrenar y facilitar cambios de posición, transferencias y actividades de movilidad básica con el fin de disminuir la dependencia y prevenir complicaciones secundarias al encamamiento o sedentarismo. Prevenir úlceras por presión, rigidez, dolor musculoesquelético y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada. Brindar orientación al personal cuidador sobre posicionamiento, manejo postural, movilizaciones seguras y medidas de prevención de complicaciones, con el fin de dar continuidad al manejo terapéutico.

PLAN DE MANEJO TERAPÉUTICO:

Se plantea manejo fisioterapéutico enfocado en técnicas de inhibición y modulación del tono muscular, movilizaciones pasivas, activo-asistidas y, de ser posible, activas, realizadas de forma progresiva en extremidades superiores e inferiores para preservar arcos de movimiento y prevenir retracciones. Se recomienda trabajo de estiramientos musculares suaves y sostenidos, posicionamiento terapéutico, cambios posturales frecuentes y educación al cuidador sobre higiene postural y prevención de úlceras por presión. Incluir actividades orientadas al control cefálico, control de tronco y reacciones de enderezamiento, de acuerdo con la tolerancia y respuesta del paciente. Realizar entrenamiento funcional en volteos, paso a sedente, sedestación asistida, transferencias y, si el estado motor lo permite, bipedestación asistida o ejercicios de carga. Complementar con estimulación sensoriomotriz, ejercicios para favorecer la percepción corporal y el confort, además de seguimiento periódico de la evolución funcional. El tratamiento debe mantenerse de manera continua, individualizada y ajustada a la respuesta clínica del paciente, priorizando prevención de complicaciones, mantenimiento funcional y bienestar general.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS" FORMATO DE EVALUACIÓN	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
		Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	**PEDRO CUENCA CUENCA**					Edad	87 AÑOS
HC:	1.638.182	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	Nueva EPS
Diagnostico Medico:	EPOC, hipotiroidismo, constipación, antecedente de reemplazo de cadera izquierda en 2013, estreñimiento, demencia senil y dermatitis del pañal.						

Número de identificación del entrevistado	1.638.182
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)		
	Independiente en la comunidad	1
	Necesita asistencia	2
	Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada, el hipotiroidismo, la constipación, el estreñimiento, la demencia senil y la dermatitis del pañal	Quirúrgicos:	Reemplazo de cadera izquierda en 2013
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Umeclidinio bromuro/vilanterol trifenatato en inhalación, levotiroxina sódica 100 mcg, esomeprazol 20 mg, ácido fólico 1 mg, quetiapina 25 mg, levomepromazina 100 mg y óxido de zinc ungüento 25%.
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros: Control por geriatría clínica con seguimiento en 3 meses.

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 110/75 MMHG	F.R 19 RXM	F.C 82 LXM	T° 36,5	%SpO2 84%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme	X	Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1	X	1/2		2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	GENERALIZADA POR EDAD

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	CONSERVADO

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **09/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Disminuida y funcionalmente comprometida

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa SI NO **TIPO:** SILLA DE RUEDAS

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente ALTERADO | Lateral ALTERADO | Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad **Hipotonia** Distonia

Observacion:Disminuido, con tendencia a hipotonía generalizada leve a moderad

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

paciente masculino de 87 años de edad, con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada, hipotiroidismo, constipación, estreñimiento, demencia senil, dermatitis del pañal y reemplazo de cadera izquierda en 2013. En la revisión funcional se evidencia compromiso de la capacidad física general, con actividad motora disminuida, tolerancia reducida al esfuerzo, alteración del control postural, limitación para la movilidad funcional y riesgo de dependencia progresiva en actividades básicas y desplazamientos. Desde el componente respiratorio, el antecedente de EPOC puede repercutir en la resistencia física y en la respuesta al ejercicio; desde el componente neuromotor y cognitivo, la demencia senil condiciona dificultad para el seguimiento de órdenes, menor planeación motora y riesgo de inseguridad durante la marcha; y desde el componente osteomuscular, el antecedente de reemplazo de cadera izquierda puede influir en la estabilidad, el patrón de marcha y la realización de transferencias. Los signos vitales registrados en el formato corresponden a tensión arterial de 110/75 mmHg, frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca de 82 latidos por minuto, temperatura de 36.5 °C y saturación de oxígeno de 84%, dato que refuerza la necesidad de vigilancia clínica y abordaje fisioterapéutico cuidadoso, priorizando el manejo funcional y respiratorio.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y optimizar la funcionalidad global del paciente mediante intervención fisioterapéutica integral, orientada a preservar la movilidad articular, favorecer la capacidad motora residual, mejorar la tolerancia al esfuerzo, estimular el control postural y disminuir el riesgo de complicaciones asociadas al desacondicionamiento físico, a la inmovilidad y a la dependencia funcional, promoviendo la mayor seguridad y bienestar posible en sus actividades cotidianas.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Mejorar y conservar la movilidad articular general y la funcionalidad del miembro inferior comprometido por antecedente quirúrgico; estimular y mantener la fuerza muscular global dentro de las capacidades del paciente; favorecer el control postural, el equilibrio y la coordinación para reducir el riesgo de caídas; fortalecer la capacidad de desplazamiento y las transferencias con el mayor grado de seguridad posible; implementar ejercicios respiratorios y estrategias de ahorro de energía acordes con su condición pulmonar; prevenir el deterioro físico secundario al reposo prolongado o a la baja actividad; favorecer la participación en actividades terapéuticas dirigidas que contribuyan al bienestar físico y emocional; y prevenir complicaciones cutáneas y musculoesqueléticas derivadas de la inmovilidad o de posturas mantenidas.

PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO:

Realizar intervención fisioterapéutica regular mediante ejercicios de movilidad articular activa y asistida, estiramientos suaves, fortalecimiento muscular progresivo según tolerancia, entrenamiento de equilibrio y reeducación de la marcha con supervisión; incluir ejercicios respiratorios, control ventilatorio y pausas activas por antecedente de EPOC; trabajar cambios de posición, transferencias y desplazamientos funcionales buscando seguridad y conservación de la autonomía; vigilar signos de fatiga, disnea o intolerancia al esfuerzo durante la actividad; reforzar medidas de prevención de caídas y educación al cuidador sobre acompañamiento en movilizaciones; promover cambios posturales frecuentes y seguimiento del estado de la piel para prevenir complicaciones por presión; y mantener seguimiento fisioterapéutico continuo enfocado en funcionalidad, confort, prevención de deterioro y calidad de vida.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

la

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	ROSA MARIA CLAVER					Edad	77 AÑOS
HC:	1.075.325.788	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Epilepsia, osteosíntesis de fémur izquierdo (2015), discapacidad auditiva, síncope y discapacidad intelectual.						

Número de identificación del entrevistado	1.075.325.788
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Epilepsia, la discapacidad auditiva, el síncope y la discapacidad intelectual, por tratarse de condiciones clínicas y neurológicas de base	Quirúrgicos:	Osteosíntesis de fémur izquierdo (2015)
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	Osteosíntesis de fémur izquierdo
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros: Condición general de vulnerabilidad funcional asociada a compromiso neurológico, sensorial y antecedente osteoarticular.

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/75 mmgh F.R 15 rxm F.C 76lxm T° 36 %SpO2 96%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:							
Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento	Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **9/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	(2) 1 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 (1) 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	9	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: La **actividad motora** de la usuaria se puede calificar como **alterada**, teniendo en cuenta los diagnósticos de epilepsia, discapacidad intelectual, discapacidad auditiva, síncope y antecedente de osteosíntesis de fémur izquierdo. Estas condiciones pueden generar limitación en la coordinación, el equilibrio, la planeación motora, la respuesta a comandos, la seguridad en la marcha y el desempeño funcional general, con mayor riesgo de caídas y dependencia parcial o moderada para algunas actividades, especialmente aquellas que requieren desplazamiento, cambios de posición y control postural.

MARCHA Normal | Antalgica | Puntillas

Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	CAMINADOR
Amputacion	SI	NO	Localizacion:	
			TIPO:	

EQUILIBRIO Sedente: CONSERVADO | Lateral: ALTERADO | Bipedo: ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Evidencia una usuaria con compromiso motor secundario a antecedente ortopédico en miembro inferior izquierdo y condiciones neurológicas asociadas, que pueden influir en la movilidad global, el equilibrio, la estabilidad postural y la ejecución de movimientos funcionales. La presencia de discapacidad intelectual puede interferir en el seguimiento de instrucciones y en la calidad de la respuesta motora, mientras que la epilepsia y los episodios de síncope aumentan el riesgo durante la movilización y las transferencias. De igual forma, la discapacidad auditiva puede dificultar la interacción terapéutica cuando la orden verbal no se acompaña de apoyo visual o demostrativo. Por lo anterior, la usuaria requiere intervención fisioterapéutica orientada al mantenimiento de la capacidad funcional, prevención del deterioro físico y promoción de la movilidad segura.

OBJETIVO GENERAL

Mantener y potenciar la funcionalidad motora de la usuaria, favoreciendo la movilidad, el control postural, el equilibrio y la seguridad en sus desplazamientos, con el fin de preservar el mayor nivel de independencia posible y prevenir complicaciones derivadas del sedentarismo, la inmovilidad o el riesgo de caídas.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Conservar los arcos de movilidad articular, fortalecer la musculatura de miembros superiores, miembros inferiores y tronco de acuerdo con la tolerancia de la usuaria, estimular el equilibrio estático y dinámico, favorecer las transferencias y la marcha o desplazamiento funcional según su condición, entrenar la coordinación motora mediante actividades sencillas y repetitivas, prevenir rigideces, contracturas y pérdida de funcionalidad, y promover una respuesta motora más segura mediante indicaciones claras, apoyo visual y acompañamiento permanente durante la actividad terapéutica.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Ejercicios de movilidad articular activa y asistida, estiramientos suaves, fortalecimiento muscular progresivo, entrenamiento de control postural, actividades de equilibrio y coordinación, reeducación de marcha o práctica de transferencias según capacidad funcional, y ejercicios orientados al mantenimiento de la independencia en actividades básicas. Se recomienda que la intervención sea continua, supervisada y adaptada al nivel cognitivo y sensorial de la usuaria, utilizando instrucciones simples, apoyo demostrativo y vigilancia permanente para disminuir riesgos asociados a crisis, pérdida del equilibrio o síncope. Además, debe complementarse con medidas preventivas para evitar caídas, cambios posturales prolongados y deterioro osteomuscular.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	**ROSA MARIA ZAMBRANO PERDOMO**					Edad	100 AÑOS
HC:	26.531.145	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Cataratas, gonartrosis, pseudoobstrucción intestinal, demencia senil/demencia no especificada, desnutrición proteicocalórica moderada, conjuntivitis crónica, ceguera de ambos ojos y otras incontinencias urinarias especificadas						

Número de identificación del entrevistado	26.531.145
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Cataratas, gonartrosis, pseudoobstrucción intestinal, demencia senil o demencia no especificada, desnutrición proteicocalórica moderada, conjuntivitis crónica, ceguera de ambos ojos y otras incontinencias urinarias especificadas	Quirúrgicos:	Hemicolectomía e histerectomía vaginal
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Acetaminofén 500 mg tableta, omeprazol 20 mg cápsula, hioscina butil bromuro 10 mg tableta, trazodona 50 mg tableta y levomepromazina 4% solución oral
Ginecobstétricos:	Histerectomía vaginal	Familiares:	N.A

Otros: Paciente femenina adulta mayor en régimen subsidiado, con compromiso visual severo y dependencia asociada a su estado cognitivo y funcional

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 115/79 mmhg F.R 15rxm F.C 75lxm T° 35,1 %SpO2 94%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo		Brevilineo	X	**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica	X	Ausencia	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	ALTERADA	Batiestesia	ALTERADA	Palestesia	ALTERADA
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia		Confusión		Coma Superficial		
Coma Profundo		Estupor		Enclaustramiento		Muerte Cerebral	

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	ALTERADA	Tricipital	ALTERADA	Rotuliano	ALTERADA	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

INCAPAZ PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS CON UN PUNTAJE DE **4/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	1 0	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	0	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	0	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	1	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	0	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	1 0	1	Independiente Dependiente
Total	20	4	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	EXTREMIDAD INFERIOR (PIERNAS)

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:		Observacion:		

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: Se puede calificar, de acuerdo con los diagnósticos consignados, como **disminuida y funcionalmente limitada**, con **alto riesgo de dependencia para desplazamientos y actividades básicas**, especialmente en marcha, equilibrio, coordinación y movilidad funcional.

MARCHA	Normal		Antalgica		Inclinacion lateral	
Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**	SILLA DE RUEDAS		
Amputacion	SI	NO		Localizacion:		
			TIPO:			
EQUILIBRIO	Sedente	ALTERADO	Lateral	ALTERADO	Bipedo	ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO Dedo-Dedo SI NO Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Observacion: Limitada en pequeños rangos de movilidad por su edad en MMSS e MMII

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad **Hipotonia** Distonia

Observacion: EXTREMIDADES

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria adulta mayor con antecedentes multisistémicos crónicos, compromiso osteoarticular, deterioro cognitivo y limitación visual severa, condiciones c impactan de manera negativa su capacidad funcional y su desempeño motor. Se infiere alteración de la movilidad global, disminución de la independenci para la marcha segura, riesgo elevado de caídas, dificultad para la orientación en el espacio y probable requerimiento de supervisión o asistencia durante actividades de traslado y desplazamiento. La presencia de gonartrosis puede generar restricción en la movilidad de miembros inferiores y dolor mecánico asociado al movimiento, mientras que la desnutrición y el deterioro cognitivo pueden agravar el desacondicionamiento físico y la dependencia funcional. este contexto, desde fisioterapia se considera una usuaria con necesidad de intervención enfocada en mantenimiento funcional, prevención del deterior reducción de complicaciones asociadas a inmovilidad.

OBJETIVO GENERAL

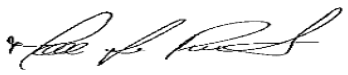
Mantener y/o mejorar la capacidad funcional motora de la usuaria, favoreciendo la movilidad segura, la prevención del deterioro físico progresivo y la disminución del riesgo de caídas, de acuerdo con sus condiciones clínicas y nivel de dependencia.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Preservar los arcos de movilidad articular y la flexibilidad general, favorecer el mantenimiento de fuerza y resistencia muscular funcional, estimular el equilibrio y las reacciones posturales dentro de un entorno seguro, entrenar o reforzar transferencias y cambios de posición con el menor riesgo posible, prevenir complicaciones derivadas del desacondicionamiento físico y la inmovilidad, promover el mayor grado de independencia posible en movilidad funcional según tolerancia, y orientar al personal cuidador en medidas de apoyo, movilización segura y prevención de caídas.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Movilizaciones activas y/o asistidas de miembros superiores e inferiores, ejercicios suaves para conservación de rangos articulares, fortalecimiento funcio de predominio en miembros inferiores según tolerancia, entrenamiento de equilibrio en sedente y bípedo con supervisión, reeducación de transferencias marcha si la condición de la usuaria lo permite, ejercicios respiratorios y de acondicionamiento general en caso de baja tolerancia al esfuerzo, y educació cuidador y personal asistencial sobre cambios de posición, acompañamiento en desplazamientos y prevención de caídas

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA*	Código	UTCJ-FOR-001
	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	**SOFIA CLAVER**					Edad	75 AÑOS
HC:	1.075.325.776	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	NUEVA EPS
Diagnostico Medico:	Trastorno de la articulación temporomaxilar, discapacidad auditiva, hipertensión arterial (HTA), hiperlipidemia, dermatomicosis y discapacidad intelectual.						

Número de identificación del entrevistado	1.075.325.776
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	abr-26

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Trastorno de la articulación temporomaxilar, discapacidad auditiva, hipertensión arterial, hiperlipidemia, dermatomicosis y discapacidad intelectual	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	N.A
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 118/73mmhg F.R 15rxm F.C 75lxm T° 36,8 %SpO2 97%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)		1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:			CONSERVADA/NORMAL				
Simetría del tórax:	Simetría bilateral		X		Asimétrico		
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X	
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	III			Localizacion	GENERALIZADA

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia	Corea	Hemibalismo	Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **11/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 (1) 0	2	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 (1) 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 (1) 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 (2) 1 0	2	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 (2) 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 (1) 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 (1)	1	Independiente Dependiente
Total	20	11	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion	
Espasmos	Si	No	Localizacion	
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?	Secuela de fx de cubito y radio

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: comprometida de forma leve a moderada, ya que la usuaria presenta condiciones crónicas que pueden afectar la coordinación motora, la ejecución adecuada de movimientos por instrucción, la postura funcional y la participación en actividades físicas estructuradas. La discapacidad intelectual puede generar lentitud en el procesamiento de órdenes y necesidad de mayor guía durante la actividad; el trastorno de la articulación temporomaxilar no afecta de manera directa la movilidad global, pero sí puede asociarse a tensión muscular en región cervical y facial; la discapacidad auditiva puede interferir en la respuesta a comandos verbales; y la hipertensión arterial e hiperlipidemia obligan a controlar la intensidad del ejercicio para evitar sobreesfuerzo. En conjunto, la usuaria puede presentar movilidad conservada, pero con requerimiento de supervisión, acompañamiento y adaptación de las actividades según su capacidad funcional.

MARCHA	Normal		Antalgica		Inclinada	
Ayuda externa	SI	NO	**TIPO:**			
Amputacion	SI	NO	Localizacion:			
			TIPO:			
EQUILIBRIO	Sedente	CONSERVADO	Lateral	ALTERADO	Bipedo	ALTERADO
Observacion:						
COORDINACION	Dedo-Nariz	SI	NO	Dedo-Dedo	SI NO	Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: Rigidez Espasticidad Hipotonia Distonia

Observacion: Normal

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Usuaria presenta antecedente de discapacidad intelectual y auditiva, además de patologías de base crónicas como hipertensión arterial e hiperlipidemia, las cuales condicionan su desempeño funcional y requieren abordaje terapéutico cuidadoso. Desde fisioterapia, se considera importante valorar su movilidad global, cambios de posición, marcha, equilibrio, coordinación, seguimiento de instrucciones, tolerancia al esfuerzo y nivel de independencia en actividades básicas. Igualmente, debe vigilarse la respuesta cardiovascular durante la actividad física, así como las limitaciones derivadas de su condición cognitiva y sensorial, favoreciendo intervenciones seguras, funcionales y ajustadas a sus necesidades.

OBJETIVO GENERAL

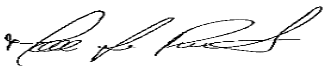
Mantener y/o mejorar la capacidad funcional de la usuaria mediante intervención fisioterapéutica orientada a favorecer la movilidad, la coordinación, el equilibrio, la tolerancia al esfuerzo y la participación en actividades físicas seguras, contribuyendo a su bienestar integral y prevención del deterioro funcional.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Estimular la movilidad articular y corporal global de forma segura; favorecer el mantenimiento de la fuerza muscular y la resistencia funcional acorde con su condición clínica; entrenar equilibrio, coordinación y cambios de posición para disminuir riesgo de dependencia y caídas; mejorar la respuesta motora frente a indicaciones sencillas apoyadas en demostración visual y acompañamiento; promover participación en actividades terapéuticas adaptadas a su capacidad cognitiva y sensorial; y vigilar signos de fatiga, intolerancia al ejercicio o descompensación asociados a hipertensión arterial y otras patologías de base.

PLAN DE MANEJO FISIOTERAPEUTICO:

Ejercicios de movilidad articular activa y asistida, actividades de estimulación motora global, entrenamiento de equilibrio y coordinación, ejercicios funcionales para cambios de posición, marcha supervisada si su condición lo permite, actividades de fortalecimiento de baja intensidad y trabajo de orientación a través de comandos simples, claros y apoyados visualmente. Se recomienda realizar sesiones con supervisión permanente, progresión gradual de la carga física, control de signos vitales antes y después de la intervención cuando sea necesario, pausas activas según tolerancia, y trabajo interdisciplinario para fortalecer su funcionalidad, participación y calidad de vida.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit.901.998.920-2	*INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA* CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA PERSONA MAYOR "SAN MATÍAS"	Código	UTCJ-FOR-001
		Version	1
	FORMATO DE EVALUACIÓN	Fecha	20/11/25

1.

1.1 ANAMNESIS

Nombre:	WILSON AUGUSTO AVENDAÑO GUZMAN					Edad	36 AÑOS
HC:	1.075.236.480	Genero	F	M	Otro:	Seguridad Social	FAMISANAR
Diagnostico Medico:	Paralisis Cerebral+DNT+Dependencia funcional+Dermatitis seborreica+Obstruccion Intestinal+Estreñimiento+Discap. Intelectual						

Número de identificación del entrevistado	1.075.236.480
Número de identificación del entrevistador	1.079.180.278
Número de entrevista (1, 2, etc.)	1
Fecha de evaluación	Abril.2026

Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	
Independiente en la comunidad	1
Necesita asistencia	2
Hospitalizado	3

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Paralisis Cerebral+DNT+Dependencia funcional+Dermatitis seborreica+Obstruccion Intestinal+Estreñimiento+Discap. Intelectual	Quirúrgicos:	N.A
Tóxicos:	N.A	Traumáticos:	N.A
Alérgicos:	N.A	Farmacológicos:	Levomepromazina, Haloperidol, Amitriptilina, Hioscina N-butilbromuro, Biperideno, Betametasona (tópica), Óxido de zinc (tópico), Ketoconazol (tópico), Nistatina, Risperidona, Polietilenglicol
Ginecobstétricos:	N.A	Familiares:	N.A

Otros:

1.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

Signos Vitales:

T.A 120/80 mmhg F.R 18 xmin F.C 83 LPM T° 36.6 %SpO2 95%

1.3 TEST Y MEDIDAS

VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN, INTERCAMBIO GASEOSO

MECÁNICA VENTILATORIA:

Patrón respiratorio:	costoclavicular		Diafragmático	X
	Costovertebral		Abdominal	

Tipo de torax:

Normal:	Longuilineo	X	Brevilineo		**Anormal:**	Embudo	
Pecho de paloma		Quilla		Piriforme		Cifoescoliótico	

Relación inspiración- espiración (RIE)	1/1		1/2	X	2/1	
Expansión Torácica:	CONSERVADA/NORMAL					
Simetría del tórax:	Simetría bilateral	X	Asimétrico			
cianosis:	Central:		Periférica		Ausencia	X
Disnea:	Grado I		Grado II		Grado III	Grado IV

SENSIBILIDAD

Superficial:	Dolor	CONSERVADO	T°	CONSERVADO	Tacto	CONSERVADO
Profunda:	Barestesia	CONSERVADO	Batiestesia	CONSERVADO	Palestesia	CONSERVADO
Cortical:	Grafestesia	N.A			Barognosia	N.A
ESCARA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
EDEMA:	Grado	NO PRESENTA			Localizacion	
ATROFIA:	Grado	FISIOLOGICA			Localizacion	Generalizada

1.3.3 ALERTA, ATENCIÓN Y COGNICIÓN

Estados de conciencia

Alerta	Somnoliencia	Confusión	Coma Superficial	
Coma Profundo	Estupor	Enclaustramiento		Muerte Cerebral

ACTIVIDAD REFLEJA

Bicipital	CONSERVADO	Tricipital	CONSERVADO	Rotuliano	CONSERVADO	Aquiliano	N.A

MOVIMIENTO ANORMAL

Ataxia | Corea | Hemibalismo | Temblor

1.3.4 FUNCION MOTORA

FUNCIONALIDAD:Escala de funcionalidad de Barthel

Observacion:

DEPENDENCIA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS

CON UN PUNTAJE DE **09/20**

ACTIVIDAD	PUNTAJE	VALOR	EXAMEN
Alimentación	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal	2 1	1	Independiente Dependiente
Intestino	2 1 0	1	Continente Falla ocasionalmente Incontinencia
Vejiga	2 1 0	1	Independiente Requiere ayuda Dependiente
Traslado	3 2 1 0	1	Independiente Mínima ayuda Capaz de sentarse Dependencia
Movilidad	3 2 1 0	2	Marcha independiste Mínima ayuda Dependiente Inmovidad
Escaleras	2 1 0	1	Realiza independiente Necesita ayuda Incapaz de subir
Bañarse	2 1	1	Independiente Dependiente
Total	20	09	Escala de calificación 0-7: Incapaz 8-14: Dependencia 15-20: Independiente

1.4 DOLOR

Dolor a la palpacion	Si	No	Localizacion
Espasmos	Si	No	Localizacion
Dolor a la movilidad	Si	No	¿Qué movimiento?

1.5 ESTADO DE LA PIEL

Normal	Abierta	Cerrada	Suturas Intactas	Exudados
Adherencia		Nodulos	HiperSensibilidad	Queloidea
Localizacion:	Observacion:			

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA SI NO

Observacion: **Nivel IV:** Movilidad limitada, usa silla de ruedas

MARCHA Normal | Antalgica | Inclinada

Ayuda externa SI NO **TIPO:** SILLA DE RUEDAS

Amputacion SI NO Localizacion:

TIPO:

EQUILIBRIO Sedente ALTERADO | Lateral ALTERADO | Bipedo ALTERADO

Observacion:

COORDINACION Dedo-Nariz SI NO | Dedo-Dedo SI NO | Talon-Rodilla SI NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

CERVICAL	Normal	limitada	Ausente
DORSO - LUMBAR	Normal	limitada	Ausente
HOMBROS	Normal	limitada	Ausente
CODO Y ANTEBRAZO	Normal	limitada	Ausente
MUÑECA	Normal	limitada	Ausente
DEDOS MANO	Normal	limitada	Ausente
PULGAR	Normal	limitada	Ausente
CADERA	Normal	limitada	Ausente
RODILLA	Normal	limitada	Ausente
TOBILLO	Normal	limitada	Ausente
DEDOS PIE	Normal	limitada	Ausente

Tono Muscular: **Rigidez** **Espasticidad** Hipotonia Distonia

Observacion: MMSS

FUERZA MUSCULAR

Miembro Superior e Inferior

0	Ninguna Respuesta Muscular
1	Músculo realiza Contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el movimiento Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el movimiento Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad + Resistencia Moderada
5	Mov completo, Contra Gravedad

Observacion:

Observacion: Realiza sus movimientos con limitacion es ciertos grados de acuerdo a su edad y condicion fisica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente masculino de 35 años con diagnóstico de parálisis cerebral espástica cuadripléjica (G800), asociado a discapacidad intelectual, desnutrición, estreñimiento y dependencia funcional total. A la valoración fisioterapéutica se evidencia compromiso motor severo, clasificado en GMFCS nivel V, con ause de control postural y limitación completa para la movilidad voluntaria. Presenta aumento significativo del tono muscular compatible con espasticidad (Ashw 3–4), predominio de actividad refleja sobre la voluntaria, hiperreflexia osteotendinosa y presencia de patrones motores anormales en flexión y extensión en masa. El paciente es totalmente dependiente para la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, con alto riesgo de desarrollar contracturas, deformid osteomusculares y lesiones por presión, requiriendo manejo fisioterapéutico continuo orientado al mantenimiento funcional y prevención de complicacione secundarias.

OBJETIVO GENERAL

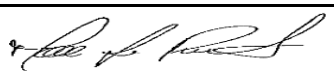
Mantener y optimizar las condiciones físicas del paciente mediante intervención fisioterapéutica integral, enfocada en la regulación del tono muscular, la prevención de complicaciones secundarias asociadas a la inmovilidad y el favorecimiento del confort, la alineación postural y la calidad de vida

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Disminuir el grado de espasticidad mediante la aplicación de técnicas inhibitorias y manejo adecuado del posicionamiento; prevenir la aparición de contract y deformidades osteomusculares a través de movilizaciones pasivas y estiramientos musculares; mantener rangos de movilidad articular funcionales; favore la estimulación sensorial y propioceptiva para promover respuestas motoras básicas; mejorar el confort postural en diferentes posiciones; prevenir la apari de úlceras por presión mediante educación a cuidadores sobre cambios posturales y manejo adecuado; estimular patrones respiratorios funcionales en cas compromiso; y fomentar la participación del paciente en actividades motoras asistidas de acuerdo con sus capacidades.

PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO :

Se implementará un plan de manejo fisioterapéutico basado en técnicas de regulación del tono muscular mediante el enfoque de neurodesarrollo (Bobath) incluyendo movilizaciones pasivas lentas, sostenidas y controladas, así como posicionamiento terapéutico adecuado. Se realizarán ejercicios de movilidad articular pasiva y asistida con el fin de mantener rangos funcionales y prevenir retracciones musculares. Se incluirá estimulación sensorial y propioceptiva a través de presión profunda, estímulos táctiles y actividades reflejas que favorezcan la integración neuromuscular. Se trabajará el control postural mediante cambios de posición y alineación corporal, apoyado en el uso de soportes si es necesario. Asimismo, se desarrollarán estrategias de prevención de complicaciones, incluyendo educación a cuidadores sobre cambios posturales frecuentes, higiene postural y manejo adecuado del paciente. Finalmente, se promoverá la facilitación de movimientos básicos y la integración del paciente en actividades de la vida diaria de manera asistida, con una frecuencia de intervención de 1 a 2 sesiones semanales, con duración aproximada de 45 a 50 minutos por sesión.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA **FISIOTERAPEUTA**	
Nombre del profesional	**Sello**

Fecha: **14 de abril de 2026**
Hora de inicio: **9:00 A.M.**
Hora de finalización: **11:00 P.M.**
Tema: **CELEBRACIÓN DEL DÍA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Promover el movimiento corporal, la participación activa y el bienestar integral de los residentes mediante una jornada grupal recreativa y terapéutica, orientada al fortalecimiento de la movilidad, la coordinación, el equilibrio y la interacción social.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se llevó a cabo una actividad grupal en conmemoración del Día de la Actividad Física, desarrollando una jornada lúdico-terapéutica adaptada a las capacidades funcionales de los residentes. Durante el encuentro se realizaron ejercicios con aros para movilidad articular y coordinación, circuito con conos para marcha asistida y orientación espacial, ejercicios con bastones, así como espacios de baile tipo rumba aeróbica. Igualmente, se implementó el juego del tingo, tingo, tango con penitencia, incluyendo baile y canto, favoreciendo la participación, la atención y el disfrute de la actividad en un entorno seguro, dinámico y motivador.

3. METODOLOGÍA

La actividad se desarrolló de manera grupal en espacio abierto, utilizando metodología participativa, recreativa y terapéutica. Se organizaron los residentes en círculo para facilitar la interacción y la supervisión permanente, realizando ejercicios adaptados en sedente y bipedestación según la capacidad funcional de cada participante. Se emplearon aros, bastones y conos como material de apoyo para estimular movilidad articular, coordinación motora, equilibrio, marcha asistida e integración social, con acompañamiento continuo del personal asistencial y del área de fisioterapia.

Responsable: Fisioterapeuta, Mónica Puentes P

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Se evidenció buena participación e integración de los residentes durante la jornada, con respuesta favorable a las actividades propuestas. Los ejercicios realizados permitieron estimular movilidad articular, coordinación, equilibrio, marcha y atención, además de favorecer la socialización y el disfrute. Se observó motivación en la ejecución de las dinámicas, así como acompañamiento oportuno en los casos que requirieron asistencia durante el desplazamiento y los cambios posturales.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

Continuar desarrollando actividades grupales adaptadas que promuevan la actividad física, la movilidad funcional y la participación social de los residentes, realizando seguimiento al desempeño motor y reforzando estrategias de acompañamiento seguro durante ejercicios de marcha, equilibrio y coordinación.

6. CONCLUSIONES

La celebración del Día de la Actividad Física constituyó un espacio terapéutico y recreativo significativo para los residentes, permitiendo fortalecer componentes físicos, cognitivos y sociales. La jornada favoreció el movimiento corporal, la interacción grupal y el bienestar general, reafirmando la importancia de mantener actividades físicas adaptadas dentro de los procesos de atención integral institucional.

7. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









FIRMAS

Nombre y Cargo	**Firma**
_____ Dirección del Hogar	_____
MONICA FERNANDA PUENTES PARRA _____ Fisioterapeuta	_____

Fecha: **Abril del 06 al 18 de 2026**
Hora de inicio: 9:30 a.m.
Hora de finalización: 11:30 a.m.
Tema: **SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FÍSICA Y REPORTE DE NOVEDADES DERIVADO DE LA VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA.**

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Fortalecer la continuidad del cuidado integral del adulto mayor mediante el seguimiento fisioterapéutico de hallazgos clínico-funcionales identificados durante las jornadas de valoración, favoreciendo la detección oportuna de factores de riesgo relacionados con integridad cutánea, zonas de presión, movilidad y seguridad en el desplazamiento, así como su articulación con el equipo de enfermería.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Durante el mes de abril (06 al 18) del 2026 se desarrolló seguimiento individual derivado de las jornadas de valoración fisioterapéutica realizadas a los residentes del Centro de Protección al Adulto Mayor San Matías. En este proceso se revisaron condiciones de movilidad, seguridad en las movilizaciones, estado general de la piel, zonas de apoyo, presencia de resequedad, lesiones superficiales, signos dermatológicos visibles y riesgo de lesión por presión. Como resultado del seguimiento se elaboraron reportes de novedades, dirigidos al personal de enfermería, con recomendaciones orientadas al manejo preventivo, vigilancia y continuidad del cuidado.

3. METODOLOGÍA

La actividad se ejecutó mediante observación directa, inspección física funcional y revisión visual de zonas corporales susceptibles a presión, fricción, humedad o deterioro cutáneo. Se realizó seguimiento individual a residentes priorizados, identificando hallazgos relevantes para el cuidado diario y formulando recomendaciones específicas de prevención, vigilancia y apoyo al manejo interdisciplinario.
Responsable: Fisioterapeuta, Mónica Puentes P

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Se consolidó seguimiento fisioterapéutico a los hallazgos observados en residentes valorados durante las jornadas programadas. Se identificaron oportunamente condiciones que requerían vigilancia continua, principalmente relacionadas con integridad cutánea, zonas de presión, resequedad marcada, lesiones superficiales, alteraciones dermatológicas y medidas de seguridad en la movilización. Los reportes emitidos permitieron fortalecer la comunicación con enfermería y orientar acciones preventivas acordes con el estado funcional y clínico de los residentes.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

Mantener el seguimiento periódico de los residentes con mayor riesgo de compromiso cutáneo y funcional. Continuar articulación con enfermería para vigilancia de zonas de presión, cuidado de la piel, control de humedad, prevención de lesiones y refuerzo de medidas de movilización segura. Dar continuidad al plan de atención integral desde fisioterapia conforme a la evolución observada y a los hallazgos registrados en las jornadas de seguimiento.

6. CONCLUSIONES

La actividad permitió dar continuidad al componente fisioterapéutico dentro del plan de atención integral, aportando información útil para el seguimiento institucional y la toma de decisiones preventivas en el cuidado diario. El proceso evidenció la importancia del monitoreo sistemático de la integridad cutánea, la funcionalidad y la seguridad en las movilizaciones, especialmente en población adulta mayor con alto riesgo de fragilidad y dependencia.

7. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Registro fotográfico de actividades de seguimiento, movilización asistida y valoración física funcional.





FIRMAS

Nombre y Cargo	**Firma**
_____ Dirección del Hogar	_____
MONICA FERNANDA PUENTES PARRA _____ Fisioterapeuta	_____

Gobernación del Huila **Unión Temporal Corazón de Jesús** Nit. 901.998.920-2	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTCJ-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 01/02/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Leonardo Pérez; Jesús Antonio Victoria; Pedro Cuenca; Javier Lemus; Jesús María Velásquez; Jairo Medina; Orlando Ospina; José Eustaquio Rivera; Asunción Silva; Manuel Garzón; Germán Sánchez; Manuel Nievas; Jorge Durán; Orlando Claver; Leidy Avendaño; Rosa Zambrano; Martha Andrade; Modesta Trujillo; Celsa Cárdenas; Judith Betancourt; Marleny Saavedra; Aracely Andrade; Eneira Quiñónez; Bertilda García; Cecilia Gonzales; Maritza Milla; Leonilde Leyton; Lucila Moreno; Anarcila Mosquera.
GENERO	Masculino femenino
DOCUMENTO	N.A.
EDAD	N.A.
DIAGNOSTICO	N.A.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	07, 08, 09, 14, 15 y 16 de abril de 2026
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	No presenta prescripción médica, pero su intervención fue a necesidad del servicio por su condición de salud.

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO

Durante el seguimiento realizado a residentes priorizados se identificaron hallazgos clínicos relacionados principalmente con alteración de la integridad cutánea, riesgo de lesión por presión, fragilidad dérmica, dermatitis por humedad o fricción, micosis interdigital, resequedad severa, equimosis y necesidad de ajuste de condiciones de seguridad para la movilidad. Con base en los hallazgos se planteó plan de tratamiento orientado a fortalecer la prevención, el cuidado integral y la articulación con enfermería. Plan de tratamiento fisioterapéutico: vigilancia continua de zonas de presión y prominencias óseas; cambios posturales frecuentes; control de humedad en pliegues y región glútea/interglútea; hidratación intensiva de la piel; uso de cremas barrera según necesidad; manejo local y seguimiento de lesiones cutáneas superficiales; higiene y secado adecuado de regiones interdigitales; seguimiento a signos de micosis o dermatitis; protección de talones, sacro, coxal e isquiones; supervisión de calzado para mejorar seguridad en movilizaciones independientes; y remisión o comunicación oportuna a enfermería para continuidad del manejo.

EVOLUCION DE TERAPIA FISICA

De acuerdo con los hallazgos evidenciados durante las jornadas de seguimiento, se estableció un abordaje fisioterapéutico individualizado enfocado en reducir factores de riesgo asociados a presión, fricción, humedad, fragilidad cutánea y alteraciones funcionales. La formulación de recomendaciones específicas permite orientar el manejo interdisciplinario y favorecer la evolución del residente, promoviendo la protección de la integridad cutánea, la prevención de complicaciones secundarias y el mantenimiento de condiciones seguras para la movilidad y el posicionamiento. Se deja plan de continuidad para vigilancia clínica y refuerzo de medidas preventivas por parte del equipo asistencial.

FISIOTERAPEUTA
Mónica Fernanda Puentes Parra
T.P.
00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA









DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	MARTA ANDRADE CUPITIA
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	26.531.145
EDAD	53 años
DIAGNOSTICO	Discapacidad intelectual, epilepsia y lesión retractorial.
FECHA DE REGISTRO DE CAIDA Y TURNO	08/04/2026 - Turno diurno - 12:00 p. m.

DESCRIPCION DEL EVENTO
Se atiende llamado del personal de enfermería el día 08 de abril de 2026, aproximadamente a las 12:00 p. m., debido a que la residente Marta Andrade Cupitia intentó incorporarse de la silla y presentó deslizamiento con riesgo de caída al piso. El evento fue contenido de manera oportuna por un auxiliar de enfermería, quien logró amortiguar y sostener a la residente, evitando un impacto de mayor magnitud contra el suelo. Posterior al incidente, la residente permaneció consciente, estable y sin manifestaciones de dolor o alteración evidente en su estado general.
REPORTE DE VALORACION EN HISTORIA CLINICA
Se realiza valoración fisioterapéutica cefalocaudal posterior al evento, evidenciándose residente en condición general estable, consciente y sin signos de compromiso agudo. Durante la revisión no se observan lesiones externas, edema, equimosis, hematomas, deformidades, heridas abiertas ni heridas cerradas. No se evidencian hallazgos clínicos sugestivos de trauma osteomuscular agudo secundario al evento. Residente queda en condiciones óptimas, sin lesión aparente al momento de la valoración.
MEDIDAS DE PREVENCION
Se recomienda reforzar supervisión durante transferencias, cambios de posición e intentos de bipedestación, así como mantener acompañamiento del personal asistencial en momentos de movilización desde sedente. Verificar posicionamiento seguro en silla, control del entorno inmediato y continuidad de las medidas institucionales de prevención de caídas. Se indica vigilancia posterior al evento y reporte inmediato ante aparición de dolor, edema, limitación funcional o cualquier cambio en el estado general de la residente.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.
00149

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

FORMATO DE CAIDAS **FUENTE PROPIA**

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	**MARÍA ENEIRA QUIÑONES**
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	26.563.409
EDAD	78 AÑOS
DIAGNOSTICO	ENFERMEDAD DE PARKINSON, DERMATOMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL.
FECHA DE REGISTRO DE CAIDA Y TURNO	07/04/2026 - 11:50 A.M. JORNADA MAÑANA.

DESCRIPCION DEL EVENTO

Se realiza registro unificado de la atención brindada a la residente María Eneira Quiñones. El 07 de abril de 2026 se recibe llamado del área de enfermería por alteración en la marcha, observándose claudicación y disminución del apoyo en miembro inferior izquierdo al incorporarse de la silla e iniciar la deambulación. Se indaga con enfermería antecedente de caída, golpe o trauma, siendo descartado. El 08 de abril de 2026 se efectúa nueva revisión por fisioterapia, persistiendo la misma condición funcional sin mejoría clínica evidente. El 09 de abril de 2026 se consolida seguimiento tras valoración médica externa y revisión de historia clínica, continuando vigilancia del caso.

REPORTE DE VALORACION EN HISTORIA CLINICA

A la valoración fisioterapéutica inicial del 07/04/2026, en examen cefalocaudal no se evidenciaron hematomas, edema, equimosis ni signos de inflamación en hemicuerpo izquierdo ni en miembro inferior comprometido; sin embargo, se confirmó alteración del patrón de marcha con poco apoyo de la pierna izquierda. Se realizó manejo sedativo con aplicación de crema tópica analgésica en cadera y miembro inferior izquierdo, se verificó uso de calzado seguro y se indicó reposo relativo con vigilancia por enfermería. En seguimiento del 08/04/2026, la residente permaneció hemodinámicamente estable, alerta, sin hallazgos visibles de edema o equimosis a las 24 horas, persistiendo claudicación y limitación funcional, por lo cual se sugirió consulta prioritaria por medicina general. Según historia clínica revisada el 09/04/2026, la residente fue valorada por medicina general por dolor en miembro inferior izquierdo de varios días de evolución; se solicitaron radiografías de cadera comparativa y rodilla izquierda AP y lateral, sin evidencia de fractura ni fisuras aparentes. La impresión diagnóstica médica registrada fue dolor en miembro y contractura muscular, con manejo farmacológico ordenado con metocarbamol y naproxeno, además de signos de alarma y continuidad en observación clínica.

MEDIDAS DE PREVENCION
Continuar con reposo relativo, vigilancia permanente por parte de enfermería, asistencia durante transferencias y deambulación, uso de calzado cerrado y antideslizante, y evitar marcha sin supervisión. Dar continuidad a las recomendaciones previamente indicadas, controlar respuesta al manejo farmacológico ordenado por medicina y reportar de manera inmediata incremento del dolor, aparición de edema, hematoma, limitación progresiva de la movilidad, incapacidad para la marcha o cualquier otro signo de alarma. Mantener seguimiento por fisioterapia según evolución clínica de la residente.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P. 00149

EVIDENCIA FOTOGRAFICA



FORMATO DE CAIDAS

FUENTE PROPIA

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit. 901.998.920-2	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTCJ-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 01/02/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	JUDITH ESNEYDER BETANCOURT CRUZ
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	55.160.561
EDAD	55 AÑOS
DIAGNOSTICO	PREDIABETES, HIPERLIPIDEMIA, MASTITIS, MASA NO ESPECIFICADA EN MAMA DERECHA Y ESQUIZOFRENIA.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	10 DE ABRIL DE 2026 - 11:00 A.M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	01 SESIÓN. INTERVENCIÓN A NECESIDAD, SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Usuaria femenina de 55 años con diagnósticos de prediabetes, hiperlipidemia, mastitis, masa no especificada en mama derecha y esquizofrenia. Durante la valoración fisioterapéutica refiere molestia dolorosa en miembro inferior, incluyendo la rodilla, con manifestación de disconfort a la movilización y necesidad de manejo sedativo para control sintomático. Se identifica requerimiento de intervención orientada a disminución del dolor, relajación muscular, conservación de la movilidad articular y prevención de rigidez o limitación funcional secundaria al cuadro doloroso. Se plantea manejo fisioterapéutico conservador con técnicas sedativas, movilización suave y seguimiento según evolución clínica y necesidad
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Se realiza sesión de terapia física sedativa por dolor en pierna y rodilla. Durante la intervención se efectuó manejo manual suave en miembro inferior, movilización pasiva y asistida de segmentos distales y proximales, especialmente en tobillo, pierna y rodilla, buscando analgesia, relajación muscular y mantenimiento del rango de movimiento. Se complementa con abordaje físico local de carácter sedativo para disminuir la sintomatología dolorosa y favorecer confort durante la sesión. La residente tolera la atención, permite el procedimiento y finaliza en condiciones estables, con recomendación de vigilancia del dolor, evitar sobreesfuerzos y continuar manejo fisioterapéutico a necesidad de acuerdo con respuesta funcional.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Manejo físico sedativo en miembro inferior con aplicación local para analgesia y disminución del dolor.



Movilización pasiva y suave de tobillo y pierna para favorecer relajación muscular y movilidad articular.



Continuación de movilización pasiva distal con enfoque analgésico y mantenimiento del rango de movimiento.



Abordaje manual sedativo en miembro inferior por molestia dolorosa en pierna y rodilla.

INFORME DE ACTIVIDADES ÁREA DE NUTRICIÓN
Periodo: 1 al 19 ABRIL DE 2026

Tipo actividad	Nombre de la actividad	Objetivo	Fecha	Evidencia
Grupales	Seguimiento minuta e Inspección de aplicación de buenas prácticas de manufactura en la manipulación de Alimentos.	Verificar el cumplimiento de la minuta alimentaria establecida para los usuarios de la Unión Temporal Corazón de Jesús durante el mes de abril de 2026, así como evaluar la aplicación de las buenas prácticas de manipulación de alimentos, el control del estado nutricional mediante seguimiento de peso y la adherencia a las dietas prescritas, conforme a los lineamientos técnicos establecidos.	Abril de 2026	**Minuta**
Individuales	Seguimiento nutricional a adultos mayores y personas en condición de discapacidad.	Se realizó la valoración nutricional de adultos mayores y personas en condición de discapacidad, mediante la toma de peso y talla, permitiendo el seguimiento de	Durante el mes de abril de 2026	Anexo valoraciones de seguimiento Nutricional.

		su estado físico, la detección temprana de posibles alteraciones nutricionales y la implementación de acciones de intervención oportunas.		



BAYZULLY YANCE GONZALEZ
Nutricionista Dietista
T.P. ND 02561

Periodo: Abril de 2026.
Area: Nutrición y Dietética
Profesional: FAYZULLY YANCE GONZALEZ

Objetivo del seguimiento
Realizar seguimiento y verificación al cumplimiento de la minuta alimentaria establecida para los residentes del Centro de Protección San Matías, así como evaluar las buenas prácticas de manipulación de alimentos por parte del personal de cocina, verificando las condiciones de almacenamiento, conservación, preparación y distribución de los alimentos, garantizando el cumplimiento de las condiciones de higiene, inocuidad y calidad en la prestación del servicio alimentario.

Desarrollo de la visita de seguimiento
Durante el mes de abril de 2026, la profesional en nutrición realizó visitas de seguimiento al servicio de alimentación del Centro de Protección San Matías, efectuando inspección y supervisión de las actividades desarrolladas por el personal manipulador de alimentos.
En el desarrollo de la visita se verificó el cumplimiento de la minuta alimentaria programada para los residentes, evidenciando la adecuada preparación y distribución de los alimentos conforme a las necesidades nutricionales de la población adulta mayor. Igualmente, se realizó revisión de las áreas de almacenamiento de alimentos secos, refrigerados y congelados, verificando condiciones de orden, limpieza, rotulación, fechas de vencimiento y adecuada conservación de los productos.
Se efectuó observación directa del proceso de preparación de alimentos, incluyendo prácticas de higiene personal, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, limpieza de utensilios y superficies, así como control de porciones servidas a los residentes conforme a las indicaciones nutricionales establecidas.

Durante el periodo evaluado se evidenció que:

- Se dio cumplimiento a la minuta alimentaria establecida para el periodo evaluado.
- El personal manipulador utilizó adecuadamente elementos de protección personal como gorro, tapabocas y delantal.
- Se mantuvieron condiciones adecuadas de limpieza e higiene en el área de cocina y comedor.
- Los alimentos almacenados se encontraron organizados y conservados en condiciones adecuadas.
- Se verificó el adecuado manejo de cadenas de frío para productos perecederos.
- Las porciones servidas a los residentes fueron acordes con las recomendaciones nutricionales y características individuales de la población atendida.

- Se evidenció disposición adecuada de residuos y limpieza permanente de utensilios y superficies.

Se evidencia en la visita:

- Orden y adecuada organización de los alimentos en zonas de almacenamiento.
- Cumplimiento de rutinas de limpieza y desinfección del área de cocina.
- Correcta manipulación de alimentos durante los procesos de preparación y servido.
- Disponibilidad de insumos de aseo y desinfección para el personal.
- Adecuada presentación personal del equipo de cocina.
- Seguimiento permanente al cumplimiento de la minuta y control de porciones.

Se generan los siguientes compromisos:

- Continuar fortaleciendo las buenas prácticas de manipulación de alimentos por parte del personal de cocina.
- Mantener el seguimiento permanente a las condiciones de almacenamiento y conservación de alimentos.
- Continuar realizando control de porciones y cumplimiento estricto de la minuta alimentaria.
- Fortalecer las rutinas de limpieza y desinfección de superficies y utensilios.
- Mantener el uso obligatorio de elementos de protección personal durante toda la jornada laboral.

Conclusión

La visita de seguimiento realizada durante el mes de abril de 2026 permitió evidenciar el adecuado cumplimiento de la minuta alimentaria y de las buenas prácticas de manipulación de alimentos por parte del personal de cocina del Centro de Protección San Matías. Se observaron condiciones satisfactorias de higiene, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, contribuyendo a garantizar la inocuidad alimentaria y el bienestar nutricional de los adultos mayores residentes.



FAYZULLY YANCE GONZALEZ

TP.ND02561

Evidencia Fotográfica





Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: ANDRADE ARACELLY
Tipo y número de documento de identidad: CC 26515641
Género: F
Fecha Nacimiento: 3/05/1935
Edad: 91 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria ANDRADE ARACELLY con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 36,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,50 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 16,1 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: ANDRADE ARACELLY, adulta mayor de 91 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA, DISCAPACIDAD AUDITIVA, OSTEOPOROSIS, SÍNDROME DE MIELODISPLÁSICO, OSTEOSÍNTESIS DE CADERA IZQUIERDA, TBC, CONSTIPACIÓN, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 36,2 kg y Talla 1,50 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta hipercalórica, hiperproteica, hipoglucídica y rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

Recomendaciones:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 tiempos al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas densas en energía y proteína.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, avena fortificada.

Limite el consumo de azúcares simples y harinas refinadas: evite azúcar blanca, panela, miel, jugos azucarados, pan blanco, galletas comerciales, pasteles y productos de paquete.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, priorizando fuentes con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, avena cocida, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

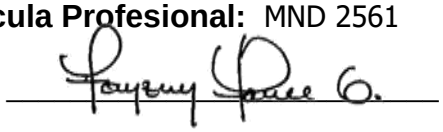
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

En riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c,) 2 veces/día por vía oral,

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: ANDRADE CUPITRA MARTA
Tipo y número de documento de identidad: CC 52372728
Género: F
Fecha Nacimiento: 2/05/1972
Edad: 54 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria ANDRADE CUPITRA MARTA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 32,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,47 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 15,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: ANDRADE CUPITRA MARTA, adulta mayor de 54 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA LESIONAL REFRACTARIA, ESTREÑIMIENTO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 32,4 kg y Talla 1,47 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta hipercalórica, hiperproteica, hipoglucídica y rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 tiempos al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas densas en energía y proteína.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, avena fortificada.

Limite el consumo de azúcares simples y harinas refinadas: evite azúcar blanca, panela, miel, jugos azucarados, pan blanco, galletas comerciales, pasteles y productos de paquete.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, priorizando fuentes con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, avena cocida, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

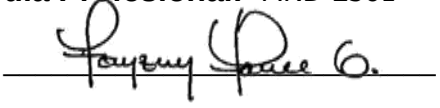
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: MEDINA CABRERA JOSE JAIRO
Tipo y número de documento de identidad: CC 12119031
Género: M
Fecha Nacimiento: 27/08/1950
Edad: 76 Años
EPS y Régimen: SALUD TOTAL SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario MEDINA CABRERA JOSE JAIRO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 45 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,50 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 20,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: MEDINA CABRERA JOSE JAIRO, adulto mayor de 76 años de edad, vinculado al SGSSS SALUD TOTAL. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA, ENFERMEDAD DE PARKINSON, CONJUNTIVITIS CRONICA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL., sus medidas antropométricas son: Peso: 45 kg y Talla 1,50 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma _____

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: AVENDAÑO GUZMAN LEIDY JOHANNA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075236718
Género: F
Fecha Nacimiento: 15/04/1985
Edad: 41 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria AVENDAÑO GUZMAN LEIDY JOHANNA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 41,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,60 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 16,1 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: AVENDAÑO GUZMAN LEIDY JOHANNA, adulta de 41 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, DESNUTRICIÓN LEVE, SECUELA DE MENINGITIS EN INFANCIA, PARÁLISIS CEREBRAL, ESTREÑIMIENTO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL., sus medidas antropométricas son: Peso: 41,2 kg y Talla 1,60 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hiperproteica, Hipercalórica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas

comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

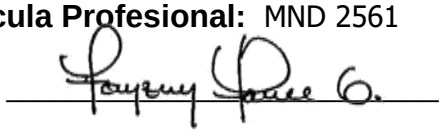
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CAICEDO CARMEN ROSA
Tipo y número de documento de identidad: CC 27502103
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/11/1940
Edad: 85 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria CAICEDO CARMEN ROSA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 42 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,55 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 17,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CAICEDO CARMEN ROSA, adulta mayor de 85 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, HIPOTIROIDISMO, ESQUIZOFRENIA, FX DE MALEOLO IZQUIERDO, REDUCCIÓN QX, sus medidas antropométricas son: Peso: 42 kg y Talla 1,55 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipocalórica e Hipograsa
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo de grasas totales a menos de 25% del valor calórico diario.

Evite el consumo de grasas saturadas y trans, presentes en:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, frituras, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural sin azúcar, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de

fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c,) 2 veces/día por vía oral,

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: BETANCOURTH CRUZ JUDITH ESNEYDER
Tipo y número de documento de identidad: CC 55160561
Género: F
Fecha Nacimiento: 8/02/1971
Edad: 55 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria BETANCOURTH CRUZ JUDITH ESNEYDER con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 60,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,50 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 27,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: BETANCOURTH CRUZ JUDITH ESNEYDER, adulta de 55 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, PREDIABETES, HIPERLIPIDEMIA, MASTITIS MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA DERECHA, ESQUIZOFRENIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 60,7 kg y Talla 1,50 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta blanda hipocalórica, hipograsa e hipoglucídica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo calórico total, priorizando alimentos con alta densidad nutricional y bajo aporte energético.

Reduzca el consumo de grasas totales, especialmente saturadas y trans:

Evite mantequilla, margarina, crema de leche, nata, embutidos, vísceras, frituras, productos de paquete y comidas rápidas.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Reduzca el consumo de azúcares simples y carbohidratos refinados:

Evite azúcar blanca, panela, miel, jugos azucarados, gaseosas, postres, pan blanco, galletas comerciales y harinas refinadas.

Consuma 1 porción de harinas por comida, priorizando fuentes con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra:

Arroz integral, avena cocida, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida sin grasa

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Evite verduras flatulentas o irritantes como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

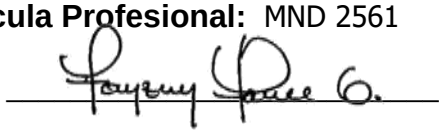
Evite el consumo de salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: AVENDAÑO GUZMAN WILSON AUGUSTO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075236480
Género: M
Fecha Nacimiento: 12/02/1989
Edad: 37 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario AVENDAÑO GUZMAN WILSON AUGUSTO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 36,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,50 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 16,1 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: AVENDAÑO GUZMAN WILSON AUGUSTO, adulto de 37 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, PARÁLISIS CEREBRAL, DESNUTRICIÓN, DEPENDENCIA FUNCIONAL MODERADA DERMATITIS SEBORREICA, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, ESTREÑIMIENTO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 36,2 kg y Talla 1,50 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Hipercalórica, Hiperproteica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Consuma 6 a 8 comidas al día, fraccionadas en porciones pequeñas: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente con cáscara si es tolerada, o cocidas si hay dificultad digestiva (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

En caso de bajo apetito, ofrecer alimentos densos en energía y proteína en pequeñas cantidades frecuentes (batidos con leche, avena, frutas, clara de huevo cocida).

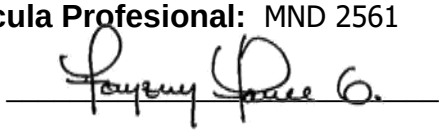
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

En riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c,) 2 veces/día por vía oral,

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CARDENAS ALBAÑIL CELSA
Tipo y número de documento de identidad: CC 37080559
Género: F
Fecha Nacimiento: 12/03/1931
Edad: 95 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria CARDENAS ALBAÑIL CELSA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** No
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** SI, ensure avance 1 vez al día.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 28,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,37 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 15,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CARDENAS ALBAÑIL CELSA, adulta mayor de 95 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, FRACTURA CONSOLIDADA DE CADERA IZQUIERDA, EPOC, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA ZENIT, sus medidas antropométricas son: Peso: 28,2 kg y Talla 1,37 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, No masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hiperproteica, Hipercalórica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

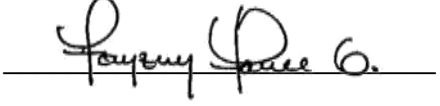
Recomendaciones Específicas:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c,) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CLAVER ORLANDO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325780
Género: M
Fecha Nacimiento: 1/01/1959
Edad: 67 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario CLAVER ORLANDO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 46,8 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,57 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 19,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CLAVER ORLANDO, adulto mayor de 67 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, DERMATITIS CRONICA, CIRUJIA DE PRIAPISMO, DISCAPACIDAD AUDITIVA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 46,8 kg y Talla 1,57 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma _____

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: OLAYA OCTAVIO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1081160091
Género: M
Fecha Nacimiento: 4/01/1954
Edad: 72 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario OLAYA OCTAVIO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 56,8 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,62 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,6 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: OLAYA OCTAVIO, adulto mayor de 72 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, NTECEDENTE DE HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA DERMATOMICOSIS, CARCINOMA BASOCELULAR DE VERTIENTE NASAL DERMATÓMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 56,8 kg y Talla 1,62 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipocalórica e Hipograsa
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo de grasas totales a menos de 25% del valor calórico diario.

Evite el consumo de grasas saturadas y trans, presentes en:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, frituras, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural sin azúcar, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

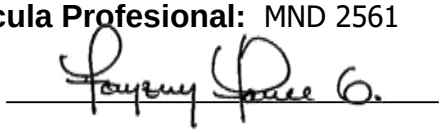
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: RIVERA JOSE EUSTACIO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325794
Género: M
Fecha Nacimiento: 1/01/1954
Edad: 72 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario RIVERA JOSE EUSTACIO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 40,8 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,30 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 24,1 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: RIVERA JOSE EUSTACIO, adulto mayor de 72 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, HIPOTIROIDISMO, ANTECEDENTES DE CIRUGÍA DE CATARATA, HERNIORRAFIA INGUINO ESCROTAL DERECHA, DISPEPSIA, EPOC, CIFOESCOLIOSIS LUMBAR, DERMATÓMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 40,8 kg y Talla 1,30 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica, Hiperproteica y Sin Irritantes
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener un aporte energético constante y favorecer la recuperación muscular.
• Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:
o 150 g de carne magra cocida
o 200 g de pollo sin piel cocido

o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana
o 1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 3–4 veces por semana
o 1 porción de lácteos bajos en grasa (leche deslactosada, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en grasa) 2–3 veces al día
• Evite el consumo de embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos, enlatados y productos ultraprocesados.
• Mantenga una ingesta adecuada de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida.
• Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
o 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
o 1 papa mediana cocida
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa sin sal
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.
• Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CLAVER ROSA MARIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325788
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1949
Edad: 77 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria CLAVER ROSA MARIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 46,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,35 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 25,6 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CLAVER ROSA MARIA, adulta mayor de 77 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA, OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR IZQUIERDO, DISCAPACIDAD AUDITIVA, SÍNCOPE, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 46,7 kg y Talla 1,35 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta blanda hipocalórica e hipoglucídica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo calórico total, priorizando alimentos con alta densidad nutricional y bajo aporte

energético.

Reduzca el consumo de azúcares simples y carbohidratos refinados:

Evite azúcar blanca, panela, miel, jugos azucarados, gaseosas, postres, pan blanco, galletas comerciales, pasteles y productos de paquete.

Consuma 1 porción de harinas por comida, priorizando fuentes con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra:

Arroz integral, avena cocida, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz

Aumente el consumo de proteínas magras, incluyendo:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Evite verduras flatulentas o irritantes como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

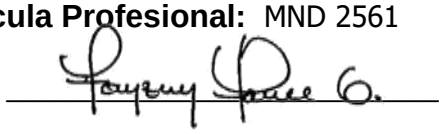
Evite el consumo de embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CLAVER SOFIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325776
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1951
Edad: 75 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria CLAVER SOFIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** Si la carne
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 27,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,33 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 15,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CLAVER SOFIA, adulta mayor de 75 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA, OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR IZQUIERDO, DISCAPACIDAD AUDITIVA, SÍNCOPE, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 27,4 kg y Talla 1,33 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, si manifiesta rechazo por alimentos, la carne, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta blanda hiperproteica, hiposódica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día,
• Limite el consumo de sal a una cucharadita para las preparaciones del día,
• Incremente el consumo de frutas 3-5 al día,
• Consuma verduras crudas y cocidas, 2 porciones al día, evite el consumo de espinaca, acelga,

apio, zanahoria,
• Consuma 2-3 lácteos al día como leche descremada o sus derivados como queso campesino o cuajada, yogurt, kumis, etc.,
• Consuma 3 porciones de proteínas tales como: 150gr carne, 180gr pollo sin piel, 150gr pescados, 1 unid huevo tibio dos veces por semana, evite el hígado, pajarilla, menudencia, callos, cerdo, sobre barriga, costilla, queso doble crema ,mariscos, embutidos como salchichón, mortadela, chorizo, jamón, enlatados como atún y sardinas,
• Consuma lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos 3-4 veces por semana, hasta 1 pocillo,
• Consuma 1-2 porciones de harinas por comida: 1 pocillo de arroz, 1 papa mediana, ¼ plátano, 1pan integral, 4galletas integrales, 1 arepa mediana, 1 pocillo de espagueti, 1 pocillo de cereal, 3 cucharadas de avena,
• Prohibido el consumo de gaseosas, jugos artificiales, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas se soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesas, salsa tomate, mostaza, vinagre, bebidas alcohólicas, encurtidos, etc.
• Incrementar el consumo de líquidos diarios, consuma de 8 vasos de agua al día,
• Evite el consumo de fritos, mantequilla, crema de leche, nata de leche, comidas rápidas, tamales, Puede utilizar aceite vegetal como aceite de oliva, canola, de maíz, girasol o de soya, en mínima cantidad.

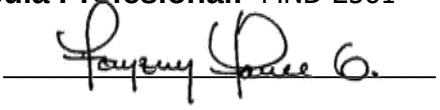
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CUENCA CUENCA PEDRO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1638182
Género: M
Fecha Nacimiento: 31/12/1938
Edad: 87 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario CUENCA CUENCA PEDRO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 68,8 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,70 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 23,8 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CUENCA CUENCA PEDRO, adulto mayor de 87 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPOC-HIPOTIROIDISMO, CONSTIPACION, CX DE REMPLAZO DE CADERA IZQUIERDA, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA SENIL., sus medidas antropométricas son: Peso: 68,8 kg y Talla 1,70 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

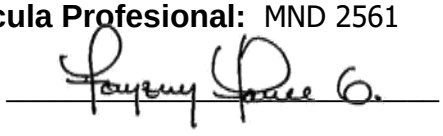
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía, digestión estable y tránsito intestinal saludable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando

aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida. Prefiera las de alto contenido en fibra y evite las que puedan causar irritación (como apio crudo o acelga en exceso).
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa al día: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
• 150 g de carne magra
• 200 g de pollo sin piel
• 150 g de pescado cocido
• 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
• 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
• 1 papa mediana
• ¼ plátano cocido
• 1 pan integral blando
• 4 galletas integrales sin azúcar
• 1 arepa de maíz sin sal
• 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: PERDOMO JORGE
Tipo y número de documento de identidad: CC 12112604
Género: M
Fecha Nacimiento: 20/05/1955
Edad: 71 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario PERDOMO JORGE con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 52,9 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,70 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 18,3 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: PERDOMO JORGE, adulto mayor de 71 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA FOCAL, INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFÉRICA, CATARATA, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 52,9 kg y Talla 1,70 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica Hipoglucídica Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana

cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.
Recomendaciones generales – Dieta blanda normocalórica, hipoglucídica y rica en fibra
• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Evite azúcares simples como azúcar blanca, panela, miel, dulces, postres, gaseosas, jugos azucarados y productos de panadería refinada.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con bajo índice glucémico (manzana cocida, pera, guayaba, papaya).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida. Prefiera las de alto contenido en fibra soluble.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar al día: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:

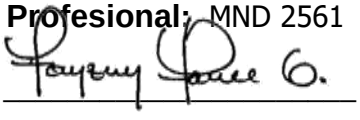
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana
• Limite vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con bajo índice glucémico:
• 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
• 1 papa mediana
• ¼ plátano cocido
• 1 pan integral blando
• 3 cucharadas de avena cocida
• 1 arepa de maíz sin sal
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuario se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad.
Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: QUINTERO MARIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325793
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1940
Edad: 86 Años
EPS y Régimen: SANITAS EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria QUINTERO MARIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 57 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,55 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 23,7 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: QUINTERO MARIA, adulta mayor de 86 años de edad, vinculado al SGSSS SANITAS EPS. Presentando como antecedente de salud, GASTRITIS CRÓNICA, ESTREÑIMIENTO, DERMATÓMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 57 kg y Talla 1,55 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda hipercalorica, hiperproteica rica en fibra y libre de irritantes
- Seguimiento Nutricional mensual

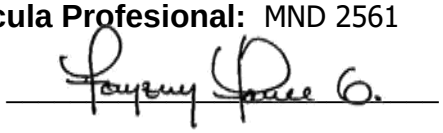
RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.
Evite el uso de condimentos irritantes como ajo, cebolla cruda, pimentón, ají, vinagre, salsas comerciales, encurtidos, caldos concentrados y alimentos ultraprocesados.

Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).
Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida, habichuela tierna.
Evite verduras flatulentas o irritantes como coles, apio, acelga cruda, cebolla cruda y pimentón.
Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:
150–200 g de carne magra cocida
200–250 g de pollo sin piel cocido
150–200 g de pescado cocido
2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)
1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal
Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.
Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).
Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.
Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida
Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:
Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)
Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.
Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.
Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.
Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.
Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: DURAN CANACUE JORGE
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325796
Género: M
Fecha Nacimiento: 1/01/1952
Edad: 74 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario DURAN CANACUE JORGE con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 70,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,60 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 27,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: DURAN CANACUE JORGE, adulto mayor de 74 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, CIRUGIA DUPUYTREN BILATERAL, HIPERLIPIDEMIA, DERMATOMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 70,4 kg y Talla 1,60 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipocalórica e Hipograsa
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo de grasas totales a menos de 25% del valor calórico diario.

Evite el consumo de grasas saturadas y trans, presentes en:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, frituras, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural sin azúcar, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de

fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

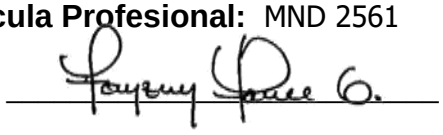
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: VELASQUEZ JESUS MARIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 4927147
Género: M
Fecha Nacimiento: 19/02/1936
Edad: 90 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario VELASQUEZ JESUS MARIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 56,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,58 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 22,7 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: VELASQUEZ JESUS MARIA, adulto mayor de 90 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, AMAUROSIS BILATERAL, GASTRITIS CRÓNICA, HIPERPLASIA DE PRÓSTATA, INFECCIÓN RESPIRATORIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 56,7 kg y Talla 1,58 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra y libre de irritantes
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Recomendaciones generales – Dieta blanda normocalórica, rica en fibra y libre de irritantes Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía estable y favorecer la digestión.

Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.

Evite el uso de condimentos irritantes como ajo, cebolla cruda, pimentón, ají, vinagre, salsas comerciales, encurtidos, caldos concentrados y alimentos ultraprocesados.

Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida, habichuela tierna.

Evite verduras flatulentas o irritantes como coles, apio, acelga cruda, cebolla cruda y pimentón.

Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:

150 g de carne magra cocida

200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos y productos enlatados.

Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

1 pocillo de arroz integral o espagueti integral

1 papa mediana cocida

¼ plátano cocido

1 pan integral blando

4 galletas integrales sin azúcar

1 arepa sin sal

3 cucharadas de avena cocida

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

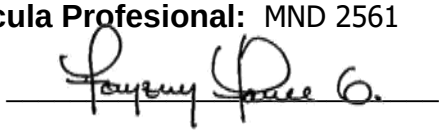
Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: GARCIA BERTILDA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325795
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1950
Edad: 76 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria GARCIA BERTILDA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 47,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,49 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,3 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: GARCIA BERTILDA, adulta mayor de 76 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, XEOSIS DEL CUTIS, BRADICARDIA, DERMATOMICOSIS, ESQUIZOFRENIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 47,2 kg y Talla 1,49 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

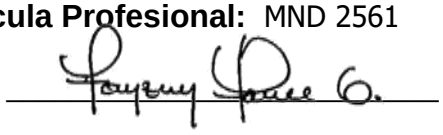
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida,

papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: GARCIA MARIA CRISTINA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075795722
Género: F
Fecha Nacimiento: 18/01/1948
Edad: 78 Años
EPS y Régimen: SANITAS EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria GARCIA MARIA CRISTINA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 51,3 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,42 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 25,4 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: GARCIA MARIA CRISTINA, adulta mayor de 78 años de edad, vinculado al SGSSS SANITAS EPS. Presentando como antecedente de salud, DISCAPACIDAD AUDITIVA, COLÓN IRRITABLE, DISCAPACIDAD AUDITIVA, COLÓN IRRITABLE, RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN, HEMORRAGIA VAGINAL, TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO DE LA URETRA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 51,3 kg y Talla 1,42 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra y libre de irritantes
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Recomendaciones generales – Dieta blanda normocalórica, rica en fibra y libre de irritantes
Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía estable y favorecer la digestión.

Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.

Evite el uso de condimentos irritantes como ajo, cebolla cruda, pimentón, ají, vinagre, salsas comerciales, encurtidos, caldos concentrados y alimentos ultraprocesados.

Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida, habichuela tierna.

Evite verduras flatulentas o irritantes como coles, apio, acelga cruda, cebolla cruda y pimentón.

Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:

150 g de carne magra cocida

200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos y productos enlatados.

Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

1 pocillo de arroz integral o espagueti integral

1 papa mediana cocida

¼ plátano cocido

1 pan integral blando

4 galletas integrales sin azúcar

1 arepa sin sal

3 cucharadas de avena cocida

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

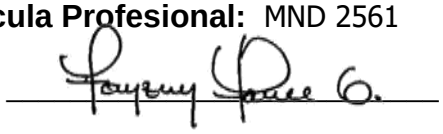
Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: GARZON TOVAR MANUEL
Tipo y número de documento de identidad: CC 1621654
Género: M
Fecha Nacimiento: 16/05/1932
Edad: 94 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario GARZON TOVAR MANUEL con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 50,6 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,46 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 23,7 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: GARZON TOVAR MANUEL, adulto mayor de 94 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, HTA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA, HIPOTIROIDISMO, CIRUGIA DE CATARATA, ANTEROLISTESIS CERVICAL, HERNIA INGUINAL BILATERAL, BLEFARITIS ERC G3, SINCOPE, DEMENCIA SENIL., sus medidas antropométricas son: Peso: 50,6 kg y Talla 1,46 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

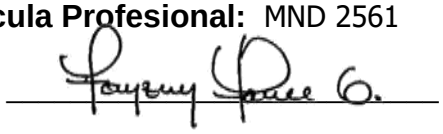
- Dieta Blanda Hipocalórica Renal
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.
• Limite el consumo calórico total, priorizando alimentos con alta densidad nutricional y bajo aporte energético.
• Evite el uso de condimentos irritantes como ajo, cebolla cruda, pimentón, ají, vinagre, salsas comerciales, encurtidos, caldos concentrados y alimentos ultraprocesados.
• Limite el consumo de sal a menos de 5 g al día (una cucharadita), incluyendo la presente en alimentos procesados.
• Evite el consumo de embutidos, enlatados, quesos salados, encurtidos, cubos de sabor y productos de paquete.
• Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.
• Consuma 2 porciones de proteína animal al día,
o 100 g de carne magra cocida sin sal añadida
o 150 g de pollo sin piel cocido
o 150 g de pescado cocido (preferiblemente fresco, no enlatado)
o 1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)
• Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa y sin sal añadida: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en sodio.
• Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, bien cocidas y sin condimentos fuertes, según tolerancia renal.
• Consuma 3 a 5 porciones de frutas cocidas o blandas, con bajo contenido de potasio y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.
• Evite verduras flatulentas o irritantes como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.
• Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente refinadas si hay hiperfosfatemia, o integrales si está permitido:
o Arroz blanco o integral, espagueti cocido, papa cocida, plátano maduro, pan blando sin sal, arepa de maíz, avena cocida
• Controle la ingesta de líquidos según indicación médica (especialmente en diálisis):
o Agua, infusiones suaves, caldos naturales sin sal
• Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: GONZALEZ DE CORDOBA CECILIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 26435292
Género: F
Fecha Nacimiento: 29/09/1938
Edad: 88 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria GONZALEZ DE CORDOBA CECILIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 37 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,32 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: GONZALEZ DE CORDOBA CECILIA, adulta mayor de 88 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, AMAUROSIS IZQUIERDA, DERMATÓMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 37 kg y Talla 1,32 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

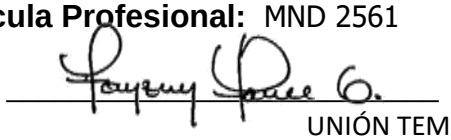
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c,) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: GUZMAN BUSTOS PABLO EMILIO
Tipo y número de documento de identidad: CC 7720643
Género: M
Fecha Nacimiento: 10/04/1980
Edad: 46 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario GUZMAN BUSTOS PABLO EMILIO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** No
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** SI, ensure avance 1 vez al día.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 42,3 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,57cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 17,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: GUZMAN BUSTOS PABLO EMILIO, adulto de 46 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, SECUELAS DE ACV, DESNUTRICIÓN ANTECEDENTES DE GASTROSTOMÍA, DERMATITIS CEBORREICA, ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 42,3 kg y Talla 1,57 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, No masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hiperproteica, Hipercalórica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

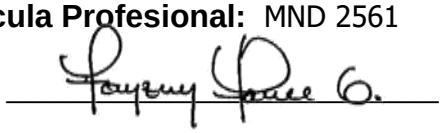
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuario se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad.

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: LEMOS JAVIER
Tipo y número de documento de identidad: CC 16545576
Género: M
Fecha Nacimiento: 29/09/1955
Edad: 71 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario LEMOS JAVIER con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 56 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,47 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 25,9 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: LEMOS JAVIER, adulto mayor de 71 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA, ENFERMEDAD DE PARKINSON, AMPUTACION MID, ESTREÑIMIENTO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 56 kg y Talla 1,47 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica Hipoglucídica Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

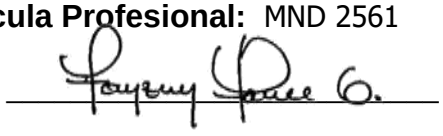
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.
Recomendaciones generales – Dieta blanda normocalórica, hipoglucídica y rica en fibra
• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Evite azúcares simples como azúcar blanca, panela, miel, dulces, postres, gaseosas, jugos azucarados y productos de panadería refinada.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con bajo índice glucémico (manzana cocida, pera, guayaba, papaya).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida. Prefiera las de alto contenido en fibra soluble.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar al día: leche deslactosada, yogur

natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana
• Limite vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con bajo índice glucémico:
• 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
• 1 papa mediana
• ¼ plátano cocido
• 1 pan integral blando
• 3 cucharadas de avena cocida
• 1 arepa de maíz sin sal
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: LEYTON CALDERON LEONIDE
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325799
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1939
Edad: 87 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria LEYTON CALDERON LEONIDE con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 58,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,30 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 34,6 m2
- **Clasificación Nutricional:** Obesidad

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: LEYTON CALDERON LEONIDE, adulta mayor de 87 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, OBESIDAD MÓRBIDA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, HERNIA UMBILICAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 58,4 kg y Talla 1,30 cm diagnostico nutricional Obesidad.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta blanda hipocalórica y hipograsa
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo de grasas totales a menos de 25% del valor calórico diario.

Evite el consumo de grasas saturadas y trans, presentes en:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, frituras, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural sin azúcar, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

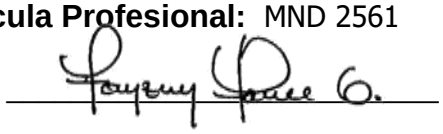
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: MILLAN SOTO MARITZA
Tipo y número de documento de identidad: CC 55172564
Género: F
Fecha Nacimiento: 5/03/1975
Edad: 51 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria MILLAN SOTO MARITZA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 81,3 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,66 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 29,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: MILLAN SOTO MARITZA, adulta mayor de 51 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, POP CX DE CATARATA BILATERAL, TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, sus medidas antropométricas son: Peso: 81,3 kg y Talla 1,66 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipocalórica e Hipograsa
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo de grasas totales a menos de 25% del valor calórico diario.

Evite el consumo de grasas saturadas y trans, presentes en:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, frituras, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural sin azúcar, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

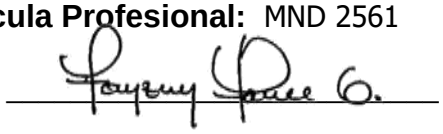
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: MORENO LUCILA
Tipo y número de documento de identidad: CC 37080578
Género: F
Fecha Nacimiento: 16/01/1931
Edad: 95 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria MORENO LUCILA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** No
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** si, arroz con pollo
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** SI, ensure avance 1 vez al día.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 28,5 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,53 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 12,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: MORENO LUCILA, adulta mayor de 95 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, ARTRITIS REUMATOIDEA, NEUMAPATÍA, NEUMONÍA, HTA, ESTREÑIMIENTO DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 28,5 kg y Talla 1,53 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, si manifiesta rechazo por alimentos, arroz con pollo, no masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta hipercalórica, hiperproteica, hiposódica y rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 tiempos al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas densas en energía y proteína.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida sin sal añadida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido (preferiblemente fresco, no enlatado)

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera o deslactosada, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sodio

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, avena fortificada.

Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.

Evite el uso de caldos concentrados, cubos de sabor, embutidos, enlatados, quesos salados, encurtidos y alimentos ultraprocesados.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, priorizando fuentes con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales sin sal,

infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

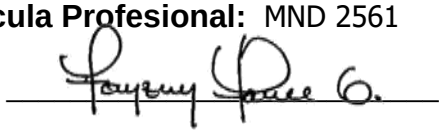
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad.

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SANCHEZ ROSERO NELCY
Tipo y número de documento de identidad: CC 55057860
Género: F
Fecha Nacimiento: 10/05/1962
Edad: 64 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria SANCHEZ ROSERO NELCY con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 50,9 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,54 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SANCHEZ ROSERO NELCY, adulta mayor de 64 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE HÚMERO IZQUIERDO, FIJACIÓN INTERNA, TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 50,9 kg y Talla 1,54 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

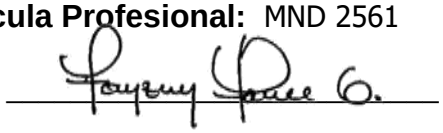
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.

• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: MOSQUERA LASSO ANARCILA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075324147
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/04/1957
Edad: 69 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria MOSQUERA LASSO ANARCILA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 55,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,62 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: MOSQUERA LASSO ANARCILA, adulta mayor de 69 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE CATARATA OJO DERECHO, ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, sus medidas antropométricas son: Peso: 55,7 kg y Talla 1,62 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

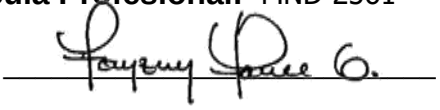
RECOMENDACIONES:

•Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
•Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.

•Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
•Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
•Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
•Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
•Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
•Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
•Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
•Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
•Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: NIEVA ESCOBAR MANUEL MARIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325779
Género: M
Fecha Nacimiento: 1/01/1954
Edad: 72 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario NIEVA ESCOBAR MANUEL con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** SI, Ensure avance 1 vez al día.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 52,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,74 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 17,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: NIEVA ESCOBAR MANUEL, adulto mayor de 72 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, LEUCEMIA, HIPERPLASIA DE PROSTATA, ANEMIA VOLUMENES BAJOS, NEUMONIA, ESQUIZOFRENIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 52,2 kg y Talla 1,74 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipercalórica, Hiperproteica y Rica en Hierro
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida (res, cerdo sin grasa)

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido (especialmente atún, sardina, bagre)

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, avena fortificada.

Incluya alimentos ricos en hierro hemo (de origen animal) y hierro no hemo (de origen vegetal):

Hígado cocido (máximo 1 vez por semana)

Carne roja magra

Leguminosas cocidas

Avena, espinaca cocida, remolacha, auyama

Frutas como guayaba, mora, ciruela, uva negra

Combine alimentos ricos en hierro con fuentes de vitamina C para mejorar su absorción:

Papaya, naranja, mandarina, limón, guayaba, mango

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente blandas y con buen aporte energético:
Arroz blanco o integral, espagueti cocido, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas.

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, evitando aquellas que causen irritación o flatulencia.

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

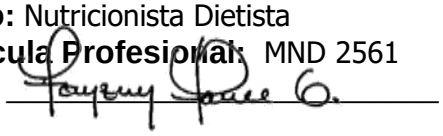
Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuario se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad.

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma 

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: OSPINA ORLANDO
Tipo y número de documento de identidad: CC 12099961
Género: M
Fecha Nacimiento: 7/01/1950
Edad: 76 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario OSPINA ORLANDO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 62,5 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,55 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 26,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: OSPINA ORLANDO, adulto mayor de 76 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, ARTROSIS CUELLO DE PIE IZQUIERDO, HPB, ANEMIA CRÓNICA. HIPOACUSIA BILATERAL, HERNIA INGUINAL DERECHA DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 62,5 kg y Talla 1,55 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

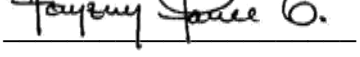
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía, digestión estable y tránsito intestinal saludable.

• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida. Prefiera las de alto contenido en fibra y evite las que puedan causar irritación (como apio crudo o acelga en exceso).
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa al día: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
• 150 g de carne magra
• 200 g de pollo sin piel
• 150 g de pescado cocido
• 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
• 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
• 1 papa mediana
• ¼ plátano cocido
• 1 pan integral blando
• 4 galletas integrales sin azúcar
• 1 arepa de maíz sin sal
• 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: PEREZ ORTIZ LEONARDO
Tipo y número de documento de identidad: CC 12267552
Género: M
Fecha Nacimiento: 14/09/1948
Edad: 78 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario PEREZ ORTIZ LEONARDO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 56,1 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,70 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 19,4 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: PEREZ ORTIZ LEONARDO, adulto mayor de 78 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, HIPOTIROIDISMO, ESTREÑIMIENTO, ESQUIZOFRENIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 56,1 kg y Talla 1,70 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener un aporte energético constante y facilitar la digestión.

• Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.
• Evite el uso de caldos concentrados, cubos de sabor, embutidos, enlatados, quesos salados, encurtidos y alimentos ultraprocesados.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida.
• Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin sal añadida: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en sodio.
• Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra cocida
o 200 g de pollo sin piel cocido
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos y productos enlatados.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin sal añadida.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
o 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
o 1 papa mediana cocida
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa sin sal
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: QUIÑONES MALES MARIA ENERIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 26563409
Género: F
Fecha Nacimiento: 17/02/1947
Edad: 78 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria QUIÑONES MALES MARIA ENERIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 33,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,37 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 18,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: QUIÑONES MALES MARIA ENERIA, adulta mayor de 78 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, ENFERMEDAD DE PARKINSON, DERMATÓMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 33,7 kg y Talla 1,37 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipercalórica e Hiperproteica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente blandas y con buen aporte energético:

Arroz blanco o integral, espagueti cocido, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales,

infusiones suaves y jugos sin azúcar.

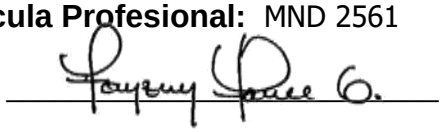
Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SAAVEDRA LOSADA MARLENY
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325777
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1957
Edad: 69 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria SAVEDRA LOSADA MARLENY con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 41,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,46 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 19,6 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SAVEDRA LOSADA MARLENY, adulta mayor de 69 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 41,7 kg y Talla 1,46 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

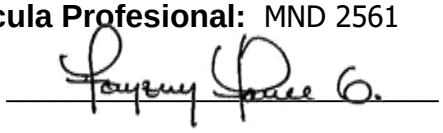
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana

cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SANCHEZ TOVAR GERMAN
Tipo y número de documento de identidad: CC 4902363
Género: M
Fecha Nacimiento: 8/07/1935
Edad: 91 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario SANCHEZ TOVAR GERMAN con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 44,3 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,57 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 18 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SANCHEZ TOVAR GERMAN, adulto mayor de 91 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, HIPOTIROIDISMO, ANTECEDENTES DE CIRUGÍA DE CATARATAAMAUROSIS BILATERAL, DEMENSIAS SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 44,3 kg y Talla 1,57 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipercalórica e Hiperproteica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

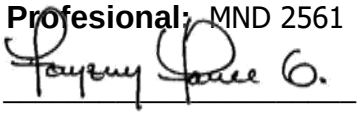
Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.
Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:
150–200 g de carne magra cocida
200–250 g de pollo sin piel cocido
150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)
1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana
2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal
Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.
Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente blandas y con buen aporte energético:

Arroz blanco o integral, espagueti cocido, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida
Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:
Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)
Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)
Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).
Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.
Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.
Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.
Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.
Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SILVA HURTADO ASUNCION
Tipo y número de documento de identidad: CC 17150622
Género: M
Fecha Nacimiento: 8/03/1945
Edad: 81 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria SILVIA HURTADO ASUNCION con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 54,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,60 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,3 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SILVIA HURTADO ASUNCION, adulta mayor de 81 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, GLAUCOMA, ANTECEDENTES DE CIRUGÍA DE CATARATA, DERMATOMICOSIS, ESQUIZOFRENIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 54,4 kg y Talla 1,60 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

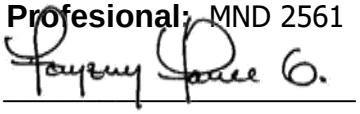
RECOMENDACIONES:

•Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
•Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
•Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).

•Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
•Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
•Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
•Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
•Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
•Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
•Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
•Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
•Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SILVA PILAR
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325792
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1957
Edad: 69 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria SILVA PILAR con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 41 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,50 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 18,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SILVA PILAR, adulta mayor de 69 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, PROLAPSO GENITAL GRADO GRADO 3, DERMATÓMICOSIS, DEMENCIA SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 41 kg y Talla 1,50 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra y libre de irritantes
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Recomendaciones generales – Dieta blanda normocalórica, rica en fibra y libre de irritantes
Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía estable y favorecer la digestión.

Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.

Evite el uso de condimentos irritantes como ajo, cebolla cruda, pimentón, ají, vinagre, salsas comerciales, encurtidos, caldos concentrados y alimentos ultraprocesados.

Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida, habichuela tierna.

Evite verduras flatulentas o irritantes como coles, apio, acelga cruda, cebolla cruda y pimentón.

Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:

150 g de carne magra cocida

200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos y productos enlatados.

Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

1 pocillo de arroz integral o espagueti integral

1 papa mediana cocida

¼ plátano cocido

1 pan integral blando

4 galletas integrales sin azúcar

1 arepa sin sal

3 cucharadas de avena cocida

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

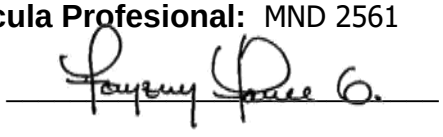
Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SUNS CUCHIMBA ISABEL
Tipo y número de documento de identidad: CC 26474175
Género: F
Fecha Nacimiento: 7/06/1933
Edad: 93 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria SUNS CUCHIMBA ISABEL con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 54,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,48 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 24,8 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SUNS CUCHIMBA ISABEL, adulta mayor de 93 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, HTA, OBESIDAD, HIPOTIROIDISMO, INSUFICIENCIA CARDIACA, IVU A REPETICIÓN, COLETIASIS, NEUMONÍA, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 54,4 kg y Talla 1,48 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica, Hiposódica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener un aporte energético constante y facilitar la digestión.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.
• Evite el uso de caldos concentrados, cubos de sabor, embutidos, enlatados, quesos salados, encurtidos y alimentos ultraprocesados.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día,

priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida.
• Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin sal añadida: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en sodio.
• Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra cocida
o 200 g de pollo sin piel cocido
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos y productos enlatados.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin sal añadida.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
o 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
o 1 papa mediana cocida
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa sin sal
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: TRUJILLO CAICEDO MODESTA
Tipo y número de documento de identidad: CC 26465009
Género: F
Fecha Nacimiento: 24/06/1938
Edad: 88 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria TRUJILLO CAICEDO MODESTA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 45 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,57 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 18,3 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: TRUJILLO CAICEDO MODESTA, adulta mayor de 88 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, ESTREÑIMIENTO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 45 kg y Talla 1,57 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hiperproteica, Hipercalórica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

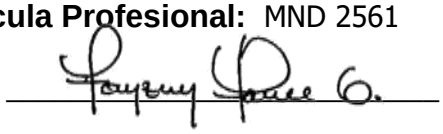
Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: VARGAS AMINTA
Tipo y número de documento de identidad: CC 26414289
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/07/1937
Edad: 89 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria VARGAS AMINTA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 61 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,56 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 25,1 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: VARGAS AMINTA, adulta mayor de 89 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, CX REEMPLAZO DE RODILLA DERECHA, OBESIDAD, OTITIS EXTERNA, HIPERLIPIDEMIA, ARTROSIS, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 61 kg y Talla 1,56 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta blanda normocalórica, hipograsa y rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener un aporte energético constante y facilitar la digestión.

Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.

Reduzca el consumo de grasas saturadas y trans, evitando:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Frituras, embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida, habichuela tierna.

Evite verduras flatulentas o irritantes como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:

150 g de carne magra cocida

200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana

Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

1 pocillo de arroz integral o espagueti integral

1 papa mediana cocida

¼ plátano cocido

1 pan integral blando

4 galletas integrales sin azúcar

1 arepa sin sal

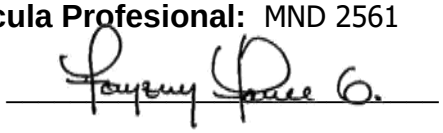
3 cucharadas de avena cocida

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: VICTORIA JESUS ANTONIO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325847
Género: M
Fecha Nacimiento: 1/01/1933
Edad: 93 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario VICTORIA JESUS ANTONIO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 53,1 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,53 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 22,7 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: VICTORIA JESUS ANTONIO, adulto mayor de 93 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, HTA, ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE CATARATA OJO IZQUIERDO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 53,1 kg y Talla 1,53 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica, Hiposódica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Mantenga un aporte calórico normocalórico, equilibrando proteínas, carbohidratos y grasas saludables.

Limite el consumo de sal en todas las preparaciones, evitando alimentos altos en sodio como embutidos, enlatados, salsas comerciales, caldos concentrados y productos ultraprocesados.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día:

100–150 g de carne magra cocida sin sal ni condimentos fuertes.

150–200 g de pollo sin piel cocido.

150 g de pescado cocido.

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana).

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa y bajo en sal.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, fáciles de digerir, como manzana cocida, papaya, guayaba, pera, melón o granadilla. Evite frutas en almíbar o con alto contenido de azúcar añadido.

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día: zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Evite verduras flatulentas o irritantes como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de

fibra: arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, preferiblemente en crudo.

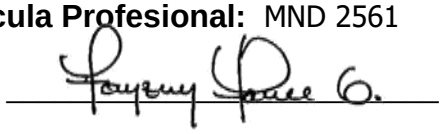
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, frituras, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas; se permiten infusiones suaves como manzanilla o hinojo.

Mastique bien los alimentos y evite temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: ZAMBRANO PERDOMO ROSA MARIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 26531145
Género: F
Fecha Nacimiento: 19/08/1925
Edad: 101 AÑOS
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria ZAMBRANO PERDOMO ROSA MARIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** No
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** SI, ensure avance 1 vez al día.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 53 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,47 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 24,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: ZAMBRANO PERDOMO ROSA MARIA, adulta mayor de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, CATARATA GONOARTROSIS, PSEUDOOBSTRUCCIÓN INTESTINAL, HEMI COLECTOMÍA, HISTERECTOMÍA, DEMENCIA SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 53 kg y Talla 1,47 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, no masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

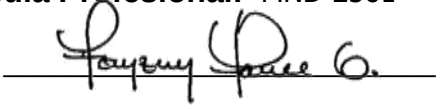
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana

cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



INFORME DE ACTIVIDADES ÁREA DE PSICOLOGIA
Periodo: (ABRIL/2026)

Tipo actividad	Nombre de la actividad	Objetivo	Fecha	Evidencia
Grupales	**Apoyo en actividades religiosas**	Fortalecer la participación activa y el sentido de pertenencia de los participantes mediante el acompañamiento en espacios religiosos institucionales, promoviendo la reflexión, el servicio al prójimo y la construcción de vínculos significativos, con el fin de fomentar valores como el respeto, la solidaridad, la empatía y la convivencia, y favorecer el desarrollo espiritual y el bienestar integral, con el apoyo y acompañamiento del área de Psicología.	Miércoles 01 de Abril/2026	
	Actividad lúdico – manual "Huellitas Creativas"	Favorecer el desarrollo integral de los participantes mediante una actividad lúdico–manual que estimule habilidades cognitivas, motoras, sociales y emocionales, promoviendo la creatividad, la expresión personal, la interacción grupal y el bienestar en un ambiente dinámico y participativo.	Jueves 09 de Abril/ 2026	Acta del 09 de Abril /2026
	Estimulación Cognitiva y Motricidad Fina mediante Actividad Artística	Estimular las funciones cognitivas básicas, especialmente la atención, la memoria y la percepción, a través de una actividad artística de coloreado, orientada al fortalecimiento de la motricidad fina, la coordinación visomotora y la integración sensorial en adultos mayores con compromiso cognitivo. Asimismo, se busca promover la participación activa, la interacción social y el bienestar emocional de los residentes	sábado 11 de Abril 2026	Acta del 11 de Abril/ 2026

	Actividad de emprendimiento: Llaveros con Alma "Lleva contigo un pedacito de arte"	Promover el desarrollo de habilidades socioemocionales, cognitivas y motrices mediante la elaboración de llaveros en madera pintados y decorados, estimulando la creatividad, la motricidad fina, la expresión emocional, la autoestima, la autorregulación y habilidades sociales como la cooperación y la toma de decisiones, en un contexto de aprendizaje significativo y emprendimiento	Miércoles 15 de Abril 2026	Acta del 15 de Abril/ 2026
	Apoyo en la celebración de cumpleaños	Promover el bienestar emocional y social de los residentes mediante la celebración de los cumpleaños correspondientes a los meses de marzo y abril, con el apoyo de un padrino (donante), fortaleciendo el reconocimiento, el sentido de pertenencia y los vínculos afectivos; en articulación con el área de Psicología como estrategia de intervención psicosocial orientada a la expresión emocional, la estimulación cognitiva y la mejora de la calidad de vida de los residentes.	Viernes 17 de Abril/2026	
Individuales	**Estimulación cognitiva: atención y precisión manual**	Fortalecer la atención, la motricidad fina y la coordinación viso-manual mediante actividades estructuradas que promuevan el seguimiento de instrucciones.	Martes 07 – 14 de Abril	Acta del 07 de Abril /2026
	Estimulación de coordinación visomotora, atención y precisión motora	Fortalecer la coordinación visomotora, la atención y la precisión motora del adulto mayor mediante una actividad terapéutica de deslizamiento dirigida, que favorezca el control de movimientos, la orientación espacial y la	Miércoles 08 de Abril/2026	Acta del 08 de Abril/ 2026

		ejecución de acciones intencionadas, promoviendo su participación activa según sus capacidades y contribuyendo al mantenimiento de habilidades cognitivas y motoras básicas a través de una intervención estructurada, guiada y con acompañamiento permanente, acorde a su diagnóstico de discapacidad intelectual.		
	Lazos afectivos con Familia	Fortalecer los lazos afectivos entre el residente y su familia, promoviendo relaciones basadas en la comunicación asertiva, el apoyo emocional y la participación activa en su proceso formativo, con el fin de favorecer su bienestar integral y desarrollo socioemocional.	Jueves 09 de Abril/2026	Acta del 09 de Abril/ 2026
	Inducción Coordinadora Mary Cruz	Fortalecer la comprensión y apropiación de los procesos institucionales mediante la inducción, socialización y diligenciamiento de formatos, realizada por la coordinadora Mary Cruz, con el fin de garantizar el adecuado registro de la información, la estandarización de procedimientos y el cumplimiento de lineamientos administrativos, favoreciendo la organización, la trazabilidad y la calidad en la atención brindada.	Viernes 10 de Abril/2026	
	Sofia Claver	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 06 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología

				Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Rosa María Claver	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 06 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	María Cristina García	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 06 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada)

				Código: UTCJ-FOR-023
	María Quintero	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 06 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Maritza Millán Soto	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 07 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Bertilda García	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 07 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología

				Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Jorge Duran Canacue	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 07 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Octavio Olaya	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 07 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada)

				Código: UTCJ-FOR-023
	Jorge Perdomo	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Sábado 11de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Aminta Vargas	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Sábado 11de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Rosa María Zambrano	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Sábado 11de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología

				Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Jesús Antonio Victoria	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Sábado 11de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Jesús María Valenzuela	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Sábado 11de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada)

				Código: UTCJ-FOR-023
	Modesta Trujillo	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 13 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Isabel Suns Cuchimba	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 13 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Pilar Silva	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 13 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología

				Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Asuncion Silva Hurtado	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 13 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Nelsy Sánchez Rosero	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 13 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada)

				Código: UTCJ-FOR-023
	German Sánchez Tovar	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 14 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Marleny Saavedra Losada	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 14 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	José Eustasio Rivera	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 14 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología

				Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	María Eneria Quiñones Moles	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 14 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Leonardo Perez	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Jueves 16 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada)

				Código: UTCJ-FOR-023
	Orlando Ospina	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Jueves 16 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Manuel Nieva	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Jueves 16 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	Anarcila Mosquera Lasso	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Jueves 16 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología

				Código: Utcj-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023

Firma del Profesional
TP. 230266

Fecha: lunes 06/Abril/2026
Hora de inicio: 2:00 pm
Hora de finalización: 6:00 Pm
Tema: Valoración Integral Psicológica

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

El objetivo del encuentro es realizar una valoración integral del estado psicológico y funcional del adulto mayor, identificando su nivel de autonomía, funcionamiento cognitivo, emocional, comunicativo y social, así como sus necesidades de apoyo en las actividades de la vida diaria (AVD). Esta valoración permite diseñar un plan de intervención individualizado, orientado a promover su bienestar, seguridad, interacción social y autonomía progresiva, con énfasis en estrategias de acompañamiento y estimulación adaptadas a sus capacidades y limitaciones.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La actividad consistió en la valoración integral del estado psicológico y funcional de cuatro residentes adultas mayores, con el objetivo de identificar su nivel de autonomía, funcionamiento cognitivo, emocional, comunicativo y social, así como sus necesidades de apoyo en las actividades de la vida diaria (AVD). Para ello, se diseñó e implementó el Formato de Valoración Psicológica Adulto Mayor y la Escala Observacional Adaptada, permitiendo evaluar de manera estructurada y sistemática distintas áreas del funcionamiento de cada residente, incluyendo:

- **Datos generales**: registro de información básica de cada residente, como nombre, edad, sexo y fecha de valoración.
- **Metodología:** aplicación de técnicas de observación directa, entrevistas a cuidadores y revisión de registros institucionales para obtener información confiable y contextualizada.
- **Escala observacional:** evaluación de orientación, atención, memoria, comunicación, estado emocional, conducta, socialización y autonomía en AVD, utilizando un sistema de puntuación que facilita la clasificación del nivel de dependencia o funcionamiento conservado.
- **Registro de puntaje total e interpretación:** sistematización de los resultados para determinar dependencia alta, moderada o funcionamiento conservado en cada área evaluada.
- **Observaciones cualitativas:** descripción de comportamientos y respuestas individuales de cada residente, complementando la información cuantitativa y orientando la planificación de intervenciones personalizadas.

El uso de este formato permitió recopilar información integral y confiable sobre el funcionamiento global de las cuatro Residentes, brindando una base sólida para diseñar planes de intervención individualizados, orientados a promover su bienestar, seguridad, interacción social y autonomía progresiva, ajustados a sus capacidades y limitaciones.

3. METODOLOGÍA

La valoración se llevó a cabo mediante un enfoque integral y multidimensional, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas para obtener información completa sobre el funcionamiento de las cuatro residentes. Las estrategias utilizadas incluyeron:

- **Observación directa estructurada**: Se realizaron sesiones de observación en las que se evaluó de manera sistemática la orientación, atención, memoria, comunicación, estado emocional, conducta, socialización y autonomía en actividades de la vida diaria. La observación permitió registrar comportamientos espontáneos y respuestas frente a estímulos del entorno, garantizando la objetividad de la evaluación.

- **Entrevista a cuidadores (informantes clave):** Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los cuidadores principales de cada Residente, obteniendo información complementaria sobre hábitos, rutinas, interacción social y necesidades de apoyo en las AVD. Esta estrategia permitió contrastar los datos observacionales con la experiencia cotidiana del personal a cargo, enriqueciendo la interpretación de los resultados.
- **Revisión de registros institucionales:** Se consultaron historias clínicas, reportes de seguimiento y formatos previos de valoración, asegurando que la evaluación contara con antecedentes clínicos y funcionales relevantes de cada residente. Esta revisión facilitó la identificación de patrones de comportamiento, cambios recientes y necesidades específicas de atención.
- **Aplicación de la Escala Observacional Adaptada – Formato Valoración Psicológica Adulto Mayor:** Se utilizó un instrumento estandarizado que permitió evaluar cada área de funcionamiento mediante un sistema de puntuación (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = frecuente), registrando el puntaje total e interpretando el nivel de dependencia o funcionamiento conservado de cada residente. Además, se registraron observaciones cualitativas para complementar la información cuantitativa y orientar la intervención.
- **Apoyo del equipo interdisciplinario:** La valoración contó con la colaboración y experiencia de la Coordinadora Mary Cruz y del personal Asistencial, quienes brindaron información clave sobre la historia, rutinas, necesidades y capacidades de las residentes, garantizando un abordaje más preciso y seguro durante la evaluación.

Esta metodología integrada y estructurada permitió obtener una visión completa del perfil cognitivo, emocional, comunicativo, social y funcional de las cuatro residentes, proporcionando datos confiables para diseñar planes de intervención individualizados que promuevan su bienestar, autonomía y participación en el entorno institucional.

4. RESULTADOS OBSERVADOS

La valoración permitió identificar un perfil integral de dependencia física y funcional, con afectación cognitiva, comunicativa y social, así como estabilidad emocional relativa. Estos hallazgos constituyen una base sólida para diseñar planes de intervención individualizados, orientados a fortalecer la autonomía progresiva, la comunicación funcional y la participación activa en actividades de estimulación cognitiva y social.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

El compromiso conjunto del equipo interdisciplinario, con supervisión activa de coordinación y apoyo de enfermería, permitirá asegurar que las usuarias reciban atención integral, personalizada y continua, promoviendo su bienestar, seguridad, autonomía y participación social dentro del contexto institucional.

6. CONCLUSIONES

las cuatro residentes requieren acompañamiento integral y constante, con intervenciones adaptadas a sus capacidades y limitaciones, garantizando bienestar, seguridad, interacción social y mantenimiento funcional dentro del contexto institucional.

7. FIRMAS

Nombre y Cargo **Firma**

LEIDY JOHANA GASPAR
Psicóloga

8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









Fecha: Martes 7/Abril/2026
Hora de inicio: 2:00 pm
Hora de finalización: 6:00 Pm
Tema: Estimulación integral: coordinación motora y actividad artística

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Estimular y fortalecer la motricidad fina y gruesa del adulto mayor mediante el uso de balón y pintura sobre figura de yeso, favoreciendo la coordinación manual, la precisión de movimientos, la estimulación sensorial y la expresión creativa.

Asimismo, se busca promover la participación activa del residente dentro de sus posibilidades funcionales, contribuyendo al mantenimiento de habilidades cognitivas básicas como la atención y la memoria, así como al bienestar emocional, a través de una intervención estructurada, guiada y con acompañamiento permanente, acorde a su condición clínica.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La actividad se realizó de manera individual con el adulto mayor, utilizando como recursos terapéuticos un balón y una figura de yeso con pintura.

Inicialmente, se desarrollaron ejercicios con el balón, como sostener, presionar y rodar, con el fin de activar la movilidad de las manos, la coordinación motora y la atención. Posteriormente, se llevó a cabo la actividad de pintura sobre la figura de yeso, en la cual el residente participó aplicando color sobre la superficie, favoreciendo la precisión manual y la estimulación sensorial.

Durante el desarrollo, se promovió la participación activa mediante indicaciones sencillas y acompañamiento constante, respetando el ritmo y las capacidades del residente, generando un espacio de interacción, estimulación cognitiva y expresión creativa.

3. METODOLOGÍA

La intervención se desarrolló de manera individualizada, ajustándose a las capacidades funcionales, cognitivas y condición clínica del adulto mayor.

Se emplearon dos recursos terapéuticos: el balón y la pintura sobre figura de yeso. Inicialmente, se realizaron ejercicios con el balón, como sostener, presionar y rodar, con el fin de estimular la motricidad gruesa, la coordinación básica y la activación corporal.

Posteriormente, se implementó la actividad de pintura sobre figura de yeso, orientada al trabajo de la motricidad fina, mediante el uso de pincel o aplicación directa de pintura, favoreciendo la precisión, el control manual y la estimulación sensorial.
La actividad fue guiada mediante instrucciones simples, claras, segmentadas y repetitivas, acompañadas de modelado para facilitar la comprensión. Se implementó guía física parcial cuando fue necesario, brindando apoyo en la ejecución de los movimientos.

Durante la intervención, se utilizó refuerzo positivo constante para favorecer la motivación, la confianza y la participación del residente. Asimismo, se realizó observación directa del comportamiento, nivel de atención, respuesta a estímulos y disposición emocional, permitiendo ajustar la actividad según su ritmo y tolerancia.

La actividad se llevó a cabo en un ambiente estructurado, tranquilo y con bajo nivel de distractores, favoreciendo la concentración, la regulación emocional y la interacción significativa.

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Durante la actividad, el residente mostró participación asistida, logrando ejecutar algunos movimientos básicos con el balón con apoyo constante, especialmente en acciones como sostener y presionar.

En la fase de pintura sobre la figura de yeso, se evidenciaron mayores dificultades relacionadas con la coordinación motora fina y la precisión en los movimientos, requiriendo acompañamiento directo y guía física parcial para la aplicación del color.

A nivel atencional, se observaron periodos muy cortos de concentración, así como dificultad para comprender y seguir instrucciones sin apoyo constante, siendo necesario el uso de indicaciones simples y repetitivas.

En el ámbito emocional, el residente presentó una actitud tranquila y receptiva, sin manifestaciones de rechazo, lo que facilitó el desarrollo de la actividad. Asimismo, respondió positivamente a los estímulos sensoriales, evidenciando momentos de conexión e interacción durante la manipulación de los materiales.

En general, se logró una estimulación básica de la coordinación motora fina y gruesa, la atención y la percepción sensorial, contribuyendo al mantenimiento de habilidades residuales y al bienestar del residente.

5.COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

- ✓ Continuar con actividades de estimulación cognitiva y motora que integren recursos manipulativos y artísticos.
- ✓ Mantener intervenciones individuales con acompañamiento permanente, adaptadas a la condición clínica del residente.
- ✓ Fortalecer ejercicios de motricidad fina mediante actividades de pintura, manipulación de objetos y control manual.
- ✓ Implementar estrategias de estimulación sensorial que favorezcan la atención, la participación y la conexión con el entorno.

6. CONCLUSIONES

La actividad permitió evidenciar la importancia de integrar diferentes recursos terapéuticos para la estimulación motora y cognitiva en adultos mayores con deterioro cognitivo severo y diagnóstico de demencia senil.

El uso del balón favoreció la activación de la motricidad gruesa y la coordinación básica, mientras que la pintura permitió trabajar de manera más específica la motricidad fina y la estimulación sensorial, aunque con mayor nivel de dificultad para el residente.

A pesar de las limitaciones cognitivas y funcionales, el residente logró participar de manera básica, lo que demuestra que este tipo de actividades favorecen la activación sensorial, la coordinación motora y el bienestar emocional.

Se concluye que el acompañamiento constante, el uso de instrucciones simples y el refuerzo positivo son fundamentales para facilitar la participación y generar experiencias significativas. En este sentido, se

recomienda dar continuidad a intervenciones integrales, estructuradas y adaptadas, orientadas al mantenimiento de habilidades residuales y a la mejora de la calidad de vida del residente.

---

7. FIRMAS

Nombre y Cargo **Firma**



LEIDY JOHANA GASPAR
PSICOLOGA

8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









Fecha: Miércoles 08 de Abril/2026
Hora de inicio: 2:00 pm
Hora de finalización: 6:00 Pm
Tema: Estimulación de coordinación visomotora, atención y precisión motora

3. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Fortalecer la coordinación visomotora, la atención y la precisión motora del adulto mayor mediante una actividad terapéutica de deslizamiento dirigida, que favorezca el control de movimientos, la orientación espacial y la ejecución de acciones intencionadas, promoviendo su participación activa según sus capacidades y contribuyendo al mantenimiento de habilidades cognitivas y motoras básicas a través de una intervención estructurada, guiada y con acompañamiento permanente, acorde a su diagnóstico de discapacidad intelectual.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La actividad se realizó de manera individual con el residente Octavio Olaya, utilizando una pelota de ping pong y un elemento lúdico (sapito) como objetivo. El ejercicio consistió en deslizar la pelota sobre la mesa con la mano, dirigiéndola hacia la boca del sapito.

Durante el desarrollo, se promovió la participación activa del residente mediante indicaciones sencillas y segmentadas, favoreciendo la atención, la coordinación y la precisión en el movimiento. La actividad se llevó a cabo de forma guiada, respetando el ritmo y las capacidades del adulto mayor, propiciando un espacio de interacción y estimulación cognitiva y motora básica.

3. METODOLOGÍA

La intervención se desarrolló de manera individualizada, ajustándose a las capacidades funcionales y cognitivas del adulto mayor con diagnóstico de discapacidad intelectual. Se empleó como recurso principal un objeto liviano (pelota de ping pong) y un elemento objetivo (boca del sapito), con el fin de realizar ejercicios de deslizamiento sobre una superficie plana (mesa).

La actividad consistió en guiar al residente para deslizar la pelota de manera dirigida hasta alcanzar el objetivo, utilizando instrucciones simples, claras, segmentadas y repetitivas, acompañadas de modelado para facilitar la comprensión de la tarea. Se implementó guía física parcial cuando fue necesario, con el fin de apoyar la ejecución del movimiento y favorecer la coordinación.

Durante el desarrollo de la actividad, se utilizó refuerzo positivo constante para motivar la participación, fortalecer la confianza y mantener la atención. Asimismo, se realizó observación directa del desempeño, nivel de concentración, respuesta a estímulos y disposición emocional, permitiendo ajustar la intervención según el ritmo y tolerancia del adulto mayor.

La actividad se llevó a cabo en un ambiente estructurado, tranquilo y con bajo nivel de distractores, favoreciendo la concentración, la regulación emocional y la interacción significativa.

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Durante la actividad, el adulto mayor mostró disposición para participar, logrando ejecutar la tarea con apoyo y orientación constante. Se evidenciaron dificultades en la coordinación y precisión del movimiento, requiriendo guía física parcial para dirigir adecuadamente la pelota hacia el objetivo.

A nivel atencional, presentó periodos cortos de concentración, siendo necesario el uso de indicaciones repetitivas para mantener el enfoque en la actividad. Sin embargo, respondió positivamente a los estímulos y al refuerzo verbal, evidenciando momentos de logro al alcanzar el objetivo propuesto.

En el ámbito emocional, se observó una actitud tranquila y receptiva, sin manifestaciones de frustración significativa, lo que facilitó el desarrollo de la actividad y la interacción terapéutica.

5.COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

- ✓ Continuar con la implementación de actividades terapéuticas orientadas a la estimulación de la coordinación visomotora, la atención y la precisión motora, ajustadas al nivel funcional del residente.
- ✓ Mantener intervenciones individuales con acompañamiento permanente, utilizando instrucciones simples, segmentadas y repetitivas que faciliten la comprensión y ejecución de las tareas.
- ✓ Fortalecer el uso de refuerzos positivos como estrategia para aumentar la motivación, la participación y la confianza del residente durante las actividades.
- ✓ Incluir ejercicios progresivos de deslizamiento, puntería y control de movimiento que permitan el mantenimiento y fortalecimiento de habilidades motoras básicas.

6. CONCLUSIONES

La actividad permitió evidenciar la importancia de la estimulación estructurada en adultos mayores con diagnóstico de discapacidad intelectual, resaltando la necesidad de intervenciones guiadas, repetitivas y adaptadas a sus capacidades cognitivas y funcionales.

A pesar de las dificultades en la coordinación y en la atención sostenida, el residente logró participar en la actividad con apoyo, lo que favorece el mantenimiento de habilidades básicas y la activación cognitiva y motora. Asimismo, el uso de elementos lúdicos facilitó la motivación, la interacción y la disposición frente a la tarea.

Se concluye que este tipo de actividades contribuyen al fortalecimiento de la coordinación visomotora, la atención y la precisión motora, además de promover el bienestar emocional del adulto mayor. Por lo tanto, se recomienda dar continuidad a este tipo de intervenciones, con el fin de favorecer su funcionalidad, autonomía dentro de sus posibilidades y calidad de vida.

7. FIRMAS

Nombre y Cargo **Firma**



LEIDY JOHANA GASPAR
Psicóloga

8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









Fecha: jueves 09/Abril/2026
Hora de inicio: 2:00 pm
Hora de finalización: 6:00 Pm
Tema: Actividad lúdico – manual "Huellitas Creativas"

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Favorecer el desarrollo integral de los participantes mediante una actividad lúdico–manual que estimule habilidades cognitivas, motoras, sociales y emocionales, promoviendo la creatividad, la expresión personal, la interacción grupal y el bienestar en un ambiente dinámico y participativo.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se desarrolla una actividad lúdico–manual empleando materiales dinámicos, accesibles y de fácil manipulación, tales como la impresión de una imagen en forma de caracol, témperas de colores, recipientes con agua y otros insumos básicos. La actividad consiste en que los residentes, a través de la técnica de pintura con huellas dactilares, unan una serie de puntos previamente dispuestos en la imagen, hasta dar forma completa al caracol.

La actividad se desarrolla en el salón principal, un espacio adecuado que favorece un ambiente estructurado, seguro y estimulante, propicio para la exploración sensorial. Este entorno facilita la organización del grupo, la disposición de los materiales y el acompañamiento cercano, promoviendo así una mayor motivación, participación activa y compromiso por parte de los participantes durante el desarrollo de la actividad.

Durante el desarrollo, los residentes elaboran sus creaciones de manera guiada, recibiendo orientaciones claras y acompañamiento constante del equipo interdisciplinario. A través de la manipulación directa de la pintura con los dedos, se promueve la exploración de diferentes texturas, colores y formas, estimulando la percepción sensorial (táctil y visual).

Asimismo, la actividad permite fortalecer la coordinación visomotora y la motricidad fina, al tiempo que favorece la expresión de ideas, emociones y creatividad. Se genera un espacio significativo donde los participantes no solo desarrollan habilidades, sino que también disfrutan del proceso, fortalecen su confianza y encuentran una forma alternativa de comunicación a través del arte.

3. METODOLOGÍA

La actividad se desarrolla en el salón principal, iniciando con la organización del grupo y la disposición adecuada de los materiales necesarios para su ejecución, Contando con el trabajo articulado entre el área de enfermería y psicología.
En un primer momento, se realiza una breve introducción de la actividad, explicando su propósito y motivando a los participantes a involucrarse de manera activa. Posteriormente, se brindan instrucciones claras, sencillas y adaptadas a las capacidades cognitivas de los residentes, asegurando la comprensión de cada paso.

Seguidamente, se orienta la elaboración de la actividad manual, en la cual se utiliza como herramienta principal las manos, específicamente las huellas dactilares, para la construcción de la imagen propuesta. Esta técnica favorece la estimulación sensorial, la motricidad fina y la coordinación visomotora, al tiempo que promueve la creatividad, la expresión personal y la autonomía en la ejecución de la tarea.

Durante todo el proceso, se realiza acompañamiento constante por parte de la psicóloga y equipo de interdisciplinario, brindando apoyo individualizado a aquellos residentes que presentan mayor dificultad, reforzando las instrucciones cuando es necesario y motivando la participación continua. Asimismo, se fomenta el trabajo colaborativo, la interacción social y el apoyo entre compañeros, generando un ambiente de respeto, confianza y cooperación.

Finalmente, la actividad culmina con un espacio de socialización en el que los participantes comparten sus creaciones, permitiendo reconocer el esfuerzo individual y colectivo. En este cierre, se realiza un refuerzo positivo de los logros alcanzados, fortaleciendo la autoestima, la motivación y el sentido de logro de cada uno de los participantes.

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Durante el desarrollo de la actividad se evidenció una participación activa por parte de los residentes, quienes mostraron disposición, interés y motivación en la ejecución de la actividad propuesta. A nivel motor, se observó fortalecimiento de la motricidad fina, especialmente en la coordinación de movimientos relacionados con la utilización de las huellas dactilares, así como avances en la coordinación visomotora.

En el ámbito cognitivo, se promovió la atención y la concentración durante periodos prolongados, evidenciándose mayor seguimiento de instrucciones y permanencia en la actividad. Asimismo, se estimularon funciones ejecutivas como la planificación y la organización de la tarea.

A nivel sensorial, los participantes exploraron diferentes texturas, colores y sensaciones táctiles, lo cual favoreció la estimulación sensoperceptiva. En el área emocional, se evidenció disfrute, expresión de emociones positivas, aumento en la motivación y fortalecimiento de la autoestima, al lograr completar la actividad.
En cuanto al componente social, se promovió la interacción entre los residentes, el trabajo colaborativo y el apoyo entre compañeros de residencia, generando un ambiente de respeto, integración y participación grupal.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

- Continuar implementando actividades lúdico–manuales que favorezcan la estimulación cognitiva, motora y sensorial de los residentes.
- Fortalecer espacios de expresión emocional y creatividad a través de estrategias artísticas.
- Mantener el trabajo articulado entre el área de psicología y enfermería para garantizar un acompañamiento integral.
- Realizar seguimiento al desempeño individual de los residentes, adaptando las actividades según sus capacidades y necesidades.
- Promover de manera constante la participación activa, la interacción social y el trabajo en grupo en próximas intervenciones.

6. CONCLUSIONES

La actividad "Huellitas Creativas" permitió generar un espacio significativo de aprendizaje, recreación y estimulación integral, evidenciando impactos positivos en las áreas motora, cognitiva, sensorial y socioemocional de los residentes.

Se destaca la importancia de este tipo de estrategias lúdico–manuales como herramientas terapéuticas que favorecen no solo el desarrollo de habilidades, sino también el bienestar emocional, la motivación y la calidad de vida de los participantes. Asimismo, el acompañamiento interdisciplinario facilitó una atención integral, permitiendo responder de manera oportuna a las necesidades individuales.

Se concluye que la continuidad de este tipo de actividades contribuirá de manera significativa al fortalecimiento de la autonomía, la autoestima y la integración social de los residentes.

---

7. FIRMAS

Nombre y Cargo **Firma**



LEIDY JOHANA GASPAR
Psicóloga

8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









Fecha: Jueves 09 de Abril/2026
Hora de inicio: 2:00 pm
Hora de finalización: 6:00 Pm
Tema: Lazos afectivos con Familia

4. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Fortalecer los lazos afectivos entre el residente y su familia, promoviendo relaciones basadas en la comunicación asertiva, el apoyo emocional y la participación activa en su proceso formativo, con el fin de favorecer su bienestar integral y desarrollo socioemocional.

5. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La actividad de lazos afectivos corresponde a los espacios de encuentro y visita entre los residentes y sus familiares, orientados a fortalecer los vínculos emocionales y promover el bienestar integral del adulto mayor. Los residente recibieron la visita de sus familias, generando un espacio significativo de interacción, cercanía y apoyo emocional.

Durante el encuentro, se favoreció el diálogo, la expresión de emociones y el compartir de experiencias, lo cual contribuye al fortalecimiento de los vínculos familiares y al mantenimiento de redes de apoyo afectivo. Desde el área de psicología, se brindó acompañamiento y orientación, resaltando la importancia del rol de la familia en la vida del adulto mayor, especialmente en el fortalecimiento de su autoestima, sentido de pertenencia y estabilidad emocional.

Asimismo, se promovió la comunicación asertiva y el reconocimiento mutuo, incentivando la participación activa de la familia en el proceso formativo y de cuidado del residente. Este tipo de espacios permiten reforzar los lazos afectivos, disminuir sentimientos de soledad y favorecer un envejecimiento activo, digno y significativo.

3. METODOLOGÍA

Se diseñó un formato de control de asistencia de visitas a residentes del Hogar San Matías, con el objetivo de registrar, organizar y hacer seguimiento a las visitas de los familiares, permitiendo identificar la frecuencia, calidad de los encuentros y el nivel de apoyo familiar con el que cuenta cada adulto mayor.

Este instrumento facilita la identificación de redes de apoyo, así como la detección de posibles casos de baja interacción o ausencia de visitas, lo cual permite al área de psicología intervenir de manera oportuna mediante estrategias de acompañamiento emocional y fortalecimiento de vínculos.

Asimismo, durante los espacios de visita se realiza observación directa de la interacción entre el residente y sus familiares, promoviendo la comunicación asertiva, la expresión emocional y el fortalecimiento de los lazos afectivos. De igual manera, se brinda orientación psicoeducativa a los familiares sobre la importancia de su rol en el bienestar del adulto mayor, fomentando su participación activa y constante en el proceso de cuidado y acompañamiento.

Esta metodología permite articular el seguimiento individual con acciones de intervención, contribuyendo al bienestar integral y desarrollo socioemocional de los residentes.

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Durante el desarrollo de la actividad se evidenció una interacción positiva entre la residente, caracterizada por muestras de afecto, cercanía y disposición al diálogo. La residente se mostró receptiva, participativa y

emocionalmente estable durante el encuentro, lo cual favoreció la expresión de sentimientos y el fortalecimiento del vínculo familiar.

Se observó que este tipo de espacios contribuyen significativamente a la disminución de posibles sentimientos de soledad, promoviendo bienestar emocional, sentido de pertenencia y motivación en la residente. Asimismo, el familiar mostró interés y compromiso en el acompañamiento, evidenciando disposición para mantener el contacto y participar activamente en el proceso de cuidado.

Desde el área de psicología, se logró reforzar la importancia de la comunicación asertiva y el apoyo emocional, generando un impacto positivo en la dinámica familiar y en el estado anímico de la residente.

5.COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

- ✓ El familiar se compromete a mantener contacto y comunicación constante con la residente, fortaleciendo el vínculo afectivo mediante visitas periódicas y contacto continuo.
- ✓ Se promueve la participación activa de la familia en el proceso de cuidado y acompañamiento del adulto mayor.
- ✓ Desde el área de psicología se realizará seguimiento a la frecuencia de las visitas mediante el formato de control de asistencia.
- ✓ Se continuará brindando orientación psicoeducativa a la familia sobre estrategias de apoyo emocional y fortalecimiento de vínculos.
- ✓ Se implementarán acciones de acompañamiento en caso de evidenciar disminución en las redes de apoyo o cambios en el estado emocional de la residente.

---

6. CONCLUSIONES

La actividad permitió evidenciar la importancia de los lazos afectivos en el bienestar integral del adulto mayor, destacando que el acompañamiento familiar constituye un factor protector fundamental para su salud emocional y calidad de vida.

El espacio de encuentro favoreció la comunicación, la expresión emocional y el fortalecimiento del vínculo entre la residente y su familiar, contribuyendo a su estabilidad emocional y sentido de pertenencia. Asimismo, se reafirma el papel del área de psicología en la promoción de estos espacios, orientando a las familias y generando estrategias que fortalezcan las redes de apoyo.

En conclusión, los encuentros familiares representan una estrategia significativa para promover un envejecimiento activo, digno y acompañado, siendo necesario continuar con su fortalecimiento y seguimiento desde la institución.

---

7. FIRMAS

Nombre y Cargo **Firma**



LEIDY JOHANA GASPAR
Psicóloga

8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









Fecha: sábado 11 de Abril 2026
Hora de inicio: 8:30 Am
Hora de finalización: 12:00 Pm
Tema: Estimulación Cognitiva y Motricidad Fina mediante Actividad Artística

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Estimular las funciones cognitivas básicas, especialmente la atención, la memoria y la percepción, a través de una actividad artística de coloreado, orientada al fortalecimiento de la motricidad fina, la coordinación visomotora y la integración sensorial en adultos mayores con compromiso cognitivo. Asimismo, se busca promover la participación activa, la interacción social y el bienestar emocional de los residentes.

3. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se desarrolló una actividad grupal de carácter terapéutico basada en el coloreado de una figura de mariposa, diseñada con trazos claros y amplios para facilitar su manipulación, de acuerdo con las capacidades de los residentes. A cada residente se le proporcionó el material necesario (plantilla y colores), promoviendo la libre elección de tonalidades, la creatividad y la expresión individual.

Durante la ejecución de la actividad, se incentivó el reconocimiento de colores, la asociación con experiencias previas y la evocación de recuerdos, favoreciendo la estimulación de procesos cognitivos. De igual manera, el uso de materiales de coloreado permitió trabajar la motricidad fina, la coordinación visomotora y la precisión en los movimientos.

La actividad se desarrolló en un ambiente tranquilo, estructurado y contenedor, con acompañamiento permanente, facilitando la participación activa, la interacción social y la expresión emocional de los residentes.

3. METODOLOGÍA

La actividad se desarrolló bajo un enfoque participativo, vivencial e inclusivo, ajustado a las capacidades cognitivas, emocionales y funcionales de los residentes, con el propósito de favorecer la estimulación integral.

Fase inicial:
Se dio inicio con un saludo de bienvenida, generando un ambiente cálido y de confianza. Posteriormente, se realizó una activación cognitiva mediante preguntas de orientación temporal y espacial (día, mes, año y lugar), favoreciendo la ubicación en el entorno.

Se implementaron ejercicios de lateralidad y coordinación motora básica (abrir, cerrar manos, aplaudir), así como actividades de asociación relacionadas con colores y elementos de la naturaleza. Además, se desarrolló una dinámica de evocación auditiva en la que se nombraban animales y los participantes debían reproducir sus sonidos, estimulando la memoria, la atención y el lenguaje. Finalmente, se realizaron ejercicios suaves de movilidad en manos y dedos, preparando a los residentes para la actividad principal.

Fase central:
Se entregó a cada residente la plantilla de la mariposa junto con los materiales de coloreado. La actividad se realizó de manera individual, con acompañamiento constante, orientación y refuerzo positivo por parte del facilitador.

Durante esta fase se promovió la estimulación de funciones cognitivas como la atención, la memoria, la coordinación visomotora y la creatividad. Asimismo, se favoreció el lenguaje y la interacción social mediante preguntas orientadoras y conversaciones espontáneas.
Se integraron preguntas cognitivas dirigidas a fortalecer diversos procesos, tales como: orientación (día, lugar), atención (¿qué estás haciendo?, ¿qué color utilizas?), memoria (¿qué hicimos antes?, ¿qué colores has usado?), lenguaje (descripción del dibujo), categorización (¿vuela o camina?, ¿es un ser vivo?), funciones ejecutivas (elección de colores, toma de decisiones), praxias (imitación de movimientos o sonidos) y expresión emocional (¿te gusta la actividad?, ¿cómo te sientes?).

Fase de cierre:
Se invitó a los residentes a socializar sus trabajos de manera voluntaria, reconociendo y valorando su esfuerzo, logros y participación. Se brindó retroalimentación positiva, fortaleciendo la autoestima y la motivación.
En este espacio se reforzaron procesos cognitivos mediante preguntas como: ¿qué animal coloreaste?, ¿vuela o corre?, ¿es grande o pequeño?, ¿qué colores utilizaste?, favoreciendo la memoria, el lenguaje y la categorización.
De manera paralela, se felicitó individualmente a cada residente conforme finalizaba su actividad, y se brindó apoyo permanente a quienes presentaron dificultades, garantizando su participación y evitando frustración.
Finalmente, se realizó una pausa para el consumo del refrigerio, durante la cual se continuó con el acompañamiento, especialmente con el residente Wilson, favoreciendo su bienestar y promoviendo la interacción social.

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Se evidenció una adecuada participación por parte de los adultos mayores, mostrando interés y disposición hacia la actividad propuesta. Algunos participantes lograron mantener la atención durante periodos prolongados, mientras que otros requirieron acompañamiento permanente y apoyo para la finalización de la actividad.

A nivel cognitivo, se observó reconocimiento de colores y respuesta a estímulos verbales. En cuanto a la motricidad fina, varios participantes lograron realizar movimientos controlados al momento de colorear, aunque en algunos casos se presentaron dificultades propias del deterioro cognitivo y motor.

Asimismo, se evidenciaron momentos de interacción social, expresión emocional positiva y disfrute de la actividad, contribuyendo al bienestar general del grupo.

5.COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

- ✓ Continuar implementando actividades de estimulación cognitiva y motricidad fina de manera periódica.
- ✓ Adaptar progresivamente las actividades según el nivel funcional de cada participante.
- ✓ Fortalecer estrategias que promuevan la atención sostenida y la participación activa.
- ✓ Realizar seguimiento individual a los participantes que presentan mayor dificultad.
- ✓ Involucrar al equipo interdisciplinario en el diseño de nuevas actividades terapéuticas.

6. CONCLUSIONES

La actividad permitió favorecer la estimulación cognitiva y el fortalecimiento de la motricidad fina en los adultos mayores, evidenciando beneficios en la atención, la coordinación visomotora, la interacción social y la expresión emocional.

El uso del arte como herramienta terapéutica facilitó la participación activa en un entorno estructurado y significativo, promoviendo el bienestar emocional y la motivación durante la ejecución de la tarea. Asimismo, esta estrategia se reconoce como un recurso pertinente dentro de los procesos de rehabilitación y mantenimiento cognitivo, al contribuir a la activación de habilidades residuales y al sostenimiento del funcionamiento cognitivo y funcional.

Se resalta la importancia de continuar implementando este tipo de intervenciones no farmacológicas, dado su impacto positivo en la calidad de vida, la funcionalidad y el bienestar integral de esta población.

6. FIRMAS

Nombre y Cargo **Firma**
LEIDY JOHANA GASPAR
Psicóloga



8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









Fecha: Miércoles 15 de Abril 2026
Hora de inicio: 2:00 pm
Hora de finalización: 6:00 Pm
Tema: Llaveros con Alma "Lleva contigo un pedacito de arte"

2. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Promover el desarrollo de habilidades socioemocionales, cognitivas y motrices mediante la elaboración de llaveros en madera pintados y decorados, estimulando la creatividad, la motricidad fina, la expresión emocional, la autoestima, la autorregulación y habilidades sociales como la cooperación y la toma de decisiones, en un contexto de aprendizaje significativo y emprendimiento.

4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se desarrolló una actividad grupal con enfoque terapéutico, orientada al pintado de llaveros en madera y la decoración de diferentes figuras. A cada residente se le entregaron los materiales necesarios (llavero, figura decorativa, pincel y témperas), los cuales fueron utilizados con el acompañamiento del área de psicología, coordinación y del personal asignado. Durante el proceso, se brindó apoyo constante, respetando las capacidades individuales de los participantes y promoviendo la motivación continua para favorecer la culminación de la actividad.

Así mismo, se realizaron preguntas orientadoras con el fin de estimular la orientación temporal, la atención y la interacción, tales como la identificación de colores utilizados, el día de la semana, el año y el nombre de la psicóloga.

Durante la ejecución de la actividad, el uso de materiales de coloreado permitió fortalecer la motricidad fina, la coordinación visomotora y la precisión en los movimientos, además de favorecer la estimulación de procesos cognitivos como la atención y la evocación de recuerdos.

La actividad se desarrolló en un ambiente tranquilo, estructurado y contenedor, con acompañamiento permanente, facilitando la participación activa, la interacción social y la expresión emocional de los residentes.

3. METODOLOGÍA

INICIO:

La actividad se desarrolló bajo un enfoque terapéutico y psicosocial, dirigida a adultos mayores con diferentes niveles de autonomía funcional, muchos de ellos con diagnósticos de base asociados a alteraciones neurológicas y/o deterioro cognitivo. El propósito general fue fortalecer y/o mantener los procesos cognitivos, motrices, emocionales y sociales, promoviendo el bienestar integral y la participación activa dentro del entorno institucional, de acuerdo con las capacidades individuales de cada residente.

Desde el área de psicología, se realizó la planeación, orientación y estructuración de la actividad, garantizando un abordaje clínico, preventivo y rehabilitador. Se brindaron instrucciones claras, sencillas y adaptadas al nivel de comprensión y funcionalidad de los adultos mayores, asegurando la disposición del material (llaveros en madera, pinturas y elementos decorativos) y la preparación del entorno de manera segura y contenedora.

DESARROLLO (CENTRAL):

Durante la ejecución, todos los residentes contaron con el acompañamiento permanente del área de psicología, coordinación y personal asignado, garantizando apoyo continuo según el nivel de autonomía

de cada participante, favoreciendo su participación activa y segura, ya fuera de manera independiente, con apoyo parcial o con asistencia total.

Se implementó una metodología activa y participativa basada en la elaboración de llaveros en madera como estrategia de estimulación multisensorial. El área de psicología desarrolló estrategias de estimulación cognitiva mediante preguntas orientadoras relacionadas con el reconocimiento de colores, orientación temporal (día, mes y año) e identificación de la profesional a cargo, favoreciendo la atención sostenida, la memoria inmediata y la orientación.

Asimismo, se promovió la evocación de recuerdos personales y la asociación con experiencias previas, contribuyendo a la activación de redes mnésicas y al fortalecimiento de la identidad personal. En el componente motriz, la actividad permitió trabajar la motricidad fina, la coordinación visomotora y la precisión de movimientos mediante el uso de pinceles y pintura, ajustando el nivel de exigencia según las capacidades individuales.

En el ámbito emocional y social, se fomentó la expresión afectiva, la interacción entre compañeros y el fortalecimiento del sentido de pertenencia al grupo.

CIERRE:
Finalmente, la intervención psicológica en este tipo de actividades busca favorecer de manera integral la calidad de vida del adulto mayor, reconociendo sus diferentes niveles de autonomía y funcionalidad. Se promueve el fortalecimiento de la autoestima, la motivación intrínseca y el bienestar emocional, respetando los ritmos individuales y las condiciones neurocognitivas de cada participante.

A través de estos procesos, se pretende mantener o potenciar el rol activo del adulto mayor dentro de su entorno, reconociéndolo como un sujeto con capacidades, historia de vida y potencial creativo vigente, lo cual contribuye significativamente a su sentido de utilidad y valor personal. Asimismo, se consolida un espacio terapéutico seguro, estructurado y contenedor que favorece la expresión emocional, la interacción social y la construcción de vínculos significativos.

De igual manera, se busca promover el reconocimiento social y la dignificación del adulto mayor, visibilizando sus producciones artesanales como expresiones de creatividad, esfuerzo y experiencia, fortaleciendo así su sentido de pertenencia y participación dentro del contexto institucional y comunitario. Una vez finalizada la elaboración, los llaveros fueron sometidos a un proceso de refinamiento y acabado final por parte del área de psicología y coordinación, con el fin de garantizar una presentación adecuada, mejorar su calidad visual y optimizar su valor dentro del proceso de emprendimiento.

Es de resaltar que los emprendimientos que se comenzarán a coordinar y desarrollar con los residentes adquieren una relevancia significativa dentro del abordaje del área de psicología, en la medida en que se constituyen como una estrategia terapéutica y psicosocial que favorece la estimulación cognitiva, la expresión emocional y el fortalecimiento del sentido de utilidad en la vejez. Desde esta perspectiva, el emprendimiento no se limita a la elaboración de productos, sino que se convierte en un medio de intervención psicológica que permite potenciar habilidades preservadas, promover la autonomía dentro de las posibilidades individuales y fortalecer la autoestima.

Asimismo, estos procesos contribuyen a la visibilización, reconocimiento y dignificación de los adultos mayores dentro del entorno institucional y comunitario, promoviendo su valoración, acompañamiento y participación activa. De esta manera, se busca que los participantes se sientan más apoyados e

incentivados a involucrarse en actividades productivas y creativas, favoreciendo su motivación personal, su interacción social y su bienestar emocional, aspectos fundamentales que son acompañados y fortalecidos desde el área de psicología.

4. RESULTADOS OBSERVADOS

A partir de la implementación de este tipo de actividades de emprendimiento con adultos mayores, se espera favorecer la estimulación y mantenimiento de procesos neurocognitivos básicos y superiores, tales como la atención sostenida y selectiva, la memoria de trabajo, la memoria episódica y semántica, la orientación temporo-espacial y la velocidad de procesamiento. Asimismo, se proyecta contribuir a la activación de redes cognitivas asociadas a la planificación, la secuenciación de tareas y la resolución de actividades de baja y media complejidad.

Desde una perspectiva neuropsicológica, se espera que la participación en tareas manuales estructuradas favorezca la estimulación de la coordinación visomotora, la integración sensorial y las funciones ejecutivas, especialmente en aspectos relacionados con la organización, la inhibición de respuestas impulsivas y la flexibilidad cognitiva. Este tipo de actividades también puede contribuir a la ralentización del deterioro cognitivo asociado al envejecimiento y a diagnósticos neurodegenerativos, al promover la activación funcional de procesos mentales preservados.

Adicionalmente, se espera que la estimulación multisensorial asociada al uso de materiales, colores y texturas favorezca la activación de la percepción sensorial y la conexión entre estímulos externos y respuestas cognitivas, fortaleciendo la capacidad de reconocimiento, asociación y evocación. Esto contribuye a mantener el funcionamiento cognitivo global y la participación activa en actividades significativas dentro del entorno institucional.

Finalmente, se espera que la comunidad reconozca, valore y apoye los emprendimientos desarrollados por los residentes, promoviendo su visibilización y dignificación social. Esto permitiría generar oportunidades de comercialización de los productos elaborados con dedicación, esfuerzo y amor, favoreciendo posibles ingresos que contribuyan al bienestar y a la autonomía económica de los participantes, fortaleciendo así su sentido de utilidad, motivación y reconocimiento dentro del entorno comunitario.

5.COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

- Garantizar la continuidad de las actividades de emprendimiento con adultos mayores, mediante una programación periódica, estructurada y con enfoque terapéutico.
- Mantener el acompañamiento permanente del área de psicología, coordinación y personal de apoyo durante la ejecución de las actividades.
- Realizar seguimiento individual y grupal a la participación, desempeño y adaptación de los residentes en las actividades propuestas.
- Identificar de manera oportuna avances, dificultades y necesidades de apoyo, con el fin de realizar ajustes metodológicos pertinentes.
- Fortalecer la implementación de estrategias de estimulación cognitiva, motriz y socioemocional acordes a las capacidades de los participantes.
- Promover la articulación institucional para la difusión, visibilización y apoyo en la posible comercialización de los productos elaborados.
- Consolidar espacios de emprendimiento que favorezcan la participación activa, la motivación y el sentido de pertenencia de los adultos mayores.

6. CONCLUSIONES

- El acompañamiento del área de psicología resulta fundamental para orientar, contener y potenciar el proceso, asegurando una intervención ajustada a las condiciones individuales de los residentes.
- El emprendimiento se reconoce no solo como una actividad ocupacional, sino como una herramienta terapéutica que promueve la creatividad, la motivación y el sentido de utilidad en la vejez.
- Se destaca la importancia de visibilizar y dignificar la labor de los adultos mayores, promoviendo el reconocimiento social de sus capacidades y producciones dentro del entorno institucional y comunitario.
- La actividad de emprendimiento desarrollada con adultos mayores se constituye como una estrategia de intervención terapéutica integral, al activar de manera simultánea múltiples áreas neurológicas relacionadas con la cognición, la emoción y la motricidad.
- Se evidencia la estimulación de funciones ejecutivas asociadas a la corteza prefrontal, favoreciendo la planificación, la toma de decisiones y la atención sostenida durante la ejecución de la actividad.
- La participación en tareas manuales permite la activación de la coordinación visomotora y la integración sensorial, contribuyendo al funcionamiento del lóbulo parietal y cerebelo en la precisión de los movimientos.
- Se fortalecen procesos de memoria episódica y semántica a nivel del lóbulo temporal, mediante la evocación de recuerdos y la asociación con experiencias previas.
- La estimulación multisensorial favorece la activación de redes atencionales y perceptivas, promoviendo el mantenimiento de funciones cognitivas globales.
- Se concluye que este tipo de intervenciones contribuye a la estimulación de la neuroplasticidad funcional, favoreciendo la conservación de habilidades preservadas y la ralentización del deterioro cognitivo.
- El componente emocional asociado al sistema límbico potencia la motivación, el bienestar subjetivo y la disposición a la participación activa.

---

7. FIRMAS

Nombre y Cargo
LEIDY JOHANA GASPAR
Psicóloga

Firma



8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	María Cristina García
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	1075795722
EDAD	78
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/18/1948 Neiva - Huila
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad auditiva, esquizofrenia
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin datos
NÚMEROS DE HIJOS	1
ACUDIENTE	Ana Lucia García, Ana lucia Masmela, Polonia Garcia
TELÉFONO	3152379401-3222584843/6088708842-3132679012
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 06 de Abril de 2026

CONDICIONES GENERALES

Residente que ingresó al Hogar “San Matías” el 10 de julio de 2012, remitida por su hija, Ana Lucía García, debido a condiciones de pobreza extrema.

Durante la valoración se observa en estado de alerta; sin embargo, presenta deterioro en los diferentes tipos de memoria. Es importante señalar que, de acuerdo con su diagnóstico de esquizofrenia, pueden verse comprometidos procesos como la memoria declarativa verbal, la memoria de trabajo, la atención sostenida y las funciones ejecutivas. Asimismo, en el proceso de envejecimiento es esperable un mayor deterioro de la memoria episódica, lo cual incide en la evocación de eventos recientes y experiencias personales.

Adicionalmente, se evidencia deficiencia auditiva (hipoacusia), condición que impacta de manera significativa el desarrollo del habla, el lenguaje y la comunicación, limitando su interacción con el entorno y requiriendo el uso de estrategias comunicativas adaptadas.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en tratamiento farmacológico activo, administrado conforme a la prescripción médica vigente y bajo seguimiento del sistema de salud (EPS).
Autonomía E Independencia	La residente presenta dependencia en la marcha, requiriendo apoyo mediante el uso de caminador. Asimismo, es independiente en la ingesta de alimentos y requiere asistencia para la realización de actividades básicas como el baño y el vestido.

Control De Esfínteres	No conservado

AREA FAMILIAR

La residente cuenta con una hija, Ana Lucía García, quien reside en la ciudad de Bogotá. Sin embargo, no dispone de apoyo económico ni acompañamiento por parte de su familia.
En este contexto, es importante resaltar que la residente recibe el apoyo integral y continuo por parte de la institución “Hogar San Matías”, la cual suple sus necesidades básicas, emocionales y sociales, constituyéndose como su principal red de apoyo.

AREA SOCIAL

La residente no presenta dificultad con sus compañeros, es participativa en las actividades lúdico recreativas y físicas, no presenta comportamientos desadaptativos.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

Durante la valoración, la residente se muestra con actitud tranquila, alegre, afectiva, extrovertida y colaboradora. Utiliza gestos faciales como principal medio de comunicación, compensando su limitación auditiva.

Se encuentra en estado de alerta, aunque con compromiso en la claridad cognitiva. Responde a estímulos del entorno de manera adecuada. No se evidencian alteraciones en el sueño.

A nivel emocional, presenta estabilidad, con expresión afectiva acorde y adecuada disposición frente a las actividades propuestas.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

La residente presenta un compromiso cognitivo asociado a su diagnóstico de esquizofrenia y al proceso de envejecimiento, evidenciado en dificultades en memoria, atención y funciones ejecutivas. Estas alteraciones afectan su capacidad de concentración, procesamiento de información y evocación de recuerdos recientes.

La hipoacusia impacta de manera significativa su comunicación e interacción social; sin

embargo, ha desarrollado estrategias compensatorias como el uso de gestos y expresiones faciales, lo que favorece su adaptación al entorno.

A nivel emocional, se observa estabilidad afectiva, con actitud tranquila, alegre y colaboradora, sin presencia de alteraciones conductuales. En el ámbito social, mantiene una adecuada relación con sus compañeros, participa en actividades y se encuentra bien adaptada al contexto institucional.

No obstante, presenta dependencia parcial en actividades de la vida diaria, lo que requiere acompañamiento continuo.

En términos Generales, se evidencia un funcionamiento general conservado en lo emocional y social, con compromiso cognitivo moderado y necesidad de apoyo en su autonomía y procesos comunicativos.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

La residente ya fue diagnosticada por la psiquiatra con: Esquizofrenia – Discapacidad auditiva

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Brindar acompañamiento psicológico continúo orientado al mantenimiento de la estabilidad emocional.
- Implementar actividades de estimulación cognitiva enfocadas en memoria, atención y orientación.
- Fortalecer la comunicación mediante estrategias no verbales (gestos, contacto visual, apoyo visual).
- Promover la participación activa en actividades grupales que favorezcan la integración social.
- Apoyar el mantenimiento de la funcionalidad en actividades de la vida diaria, respetando su nivel de independencia.
- Realizar seguimiento periódico del estado emocional y conductual.
- Articular el trabajo interdisciplinario con el equipo de salud para garantizar atención integral.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	María Quintero
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	1.075.325.793
EDAD	86
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/01/1940 Neiva - Huila
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin datos
NÚMEROS DE HIJOS	Sin datos
ACUDIENTE	Sin datos
TELÉFONO	Sin datos
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 06 de Abril de 2026

CONDICIONES GENERALES	
La residente presenta deterioro generalizado en todas las áreas de memoria y dificultades en la atención asociadas a su diagnóstico de Trastorno de Salud Mental, con lenguaje incoherente y tono de voz bajo, estando orientada únicamente en persona. No se evidencian alteraciones en el sueño, y requiere asistencia del personal de enfermería para la ingesta de alimentos, mostrando dependencia parcial. Su movilidad es limitada, precisando apoyo para desplazarse y realizar actividades físicas básicas. En cuanto a las AVD, depende significativamente para el baño y el vestido, requiriendo acompañamiento estructurado. A nivel emocional, mantiene una actitud generalmente tranquila y capacidad de interacción funcional con los cuidadores, aunque limitada por sus dificultades cognitivas y comunicativas. En conjunto, la residente muestra un perfil de dependencia física y funcional, con compromiso cognitivo global, que requiere supervisión y apoyo integral continuo.	
ANTECEDENTES	
Farmacológicos	De acuerdo a prescripción médica y EPS
Autonomía E Independencia	La residente presenta movilidad limitada y dependencia física, requiriendo apoyo constante para la realización de AVD.
Control De Esfínteres	Se observa dependencia en el control de esfínteres, por lo que se hace necesario el uso de pañal para el cuidado adecuado de la residente.
AREA FAMILIAR	
La residente fue remitida por el Gerente de Beneficencia y Salud Pública el 10 de marzo de 1975. Actualmente no cuenta con red de apoyo familiar, por lo que depende del acompañamiento y cuidado integral proporcionado por la institución, la cual garantiza de manera continua la satisfacción de sus necesidades básicas, emocionales y sociales.	

AREA SOCIAL

La residente presenta limitaciones en sus habilidades sociointerpersonales, lo que restringe la profundización de vínculos con sus pares. A pesar de ello, participa en actividades lúdicas, culturales y psicoeducativas del hogar, demostrando disposición para integrarse al entorno. Su involucramiento es predominantemente pasivo, condicionado por sus limitaciones cognitivas y físicas. El equipo interdisciplinario aplica estrategias de estimulación psicosocial que promueven su bienestar y calidad de vida. No se observan conductas desadaptativas ni disruptivas, evidenciando una adecuada adaptación al contexto institucional.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

La residente se observa con actitud tranquila, colaborativa y comunicación principalmente gestual, mostrando alerta parcial y respuestas pasivas frente a estímulos ambientales. Evidencia deterioro cognitivo moderado, vinculado a su Discapacidad Intelectual y al proceso de envejecimiento, con afectación de memoria, atención sostenida, funciones ejecutivas y orientación temporal y espacial. La discapacidad auditiva limita el lenguaje verbal, aunque mantiene estabilidad emocional, actitud afectuosa y sin conductas desadaptativas, requiriendo acompañamiento estructurado para favorecer la interacción y la autonomía funcional.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

A partir de la valoración psicológica realizada mediante observación directa estructurada, entrevista a cuidadores e instrumentos adaptados, se evidencia que la residente María Quintero presenta un perfil de funcionamiento global caracterizado por dependencia física y funcional parcial, vinculado a su diagnóstico de Discapacidad Intelectual y al proceso de envejecimiento.

En el ámbito cognitivo, se observan deterioros moderados en memoria declarativa, memoria de trabajo, memoria episódica, atención sostenida y funciones ejecutivas, lo que limita su capacidad de planificación, organización y ejecución autónoma de actividades. La orientación se mantiene únicamente en persona, con desorientación en tiempo y espacio.

A nivel comunicativo, la residente presenta lenguaje incoherente y tono de voz bajo, compensando parcialmente mediante comunicación gestual, lo que permite interacción funcional con cuidadores, aunque limitada.

En el ámbito emocional, la residente se muestra generalmente tranquila, colaborativa y afectuosa, sin indicadores de conductas disruptivas o desadaptativas, evidenciando estabilidad emocional relativa.

En el ámbito social, mantiene participación pasiva en actividades grupales y psicoeducativas, con habilidades sociointerpersonales limitadas, requiriendo apoyo del equipo interdisciplinario para la estimulación y promoción de su bienestar y calidad de vida.

En conjunto, se identifica un perfil de dependencia parcial, con compromiso cognitivo global, afectación funcional y necesidad de acompañamiento estructurado continuo para garantizar la seguridad, interacción social y autonomía progresiva en las AVD.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Adulta mayor con diagnóstico de Discapacidad Intelectual y deterioro cognitivo asociado al envejecimiento, que presenta compromiso moderado en funciones cognitivas superiores, especialmente en memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas.

Se evidencia dependencia funcional parcial para actividades básicas de la vida diaria, incluyendo autocuidado, movilidad e incontinencia de esfínteres.

A nivel comunicativo, presenta lenguaje incoherente con predominio de comunicación no verbal (gestual), lo que limita la interacción social funcional.

El cuadro clínico requiere acompañamiento institucional permanente y seguimiento interdisciplinario continuo.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Mantener acompañamiento psicológico orientado a contención emocional y seguimiento conductual.
- Implementar estimulación cognitiva básica enfocada en atención, memoria y orientación.
- Favorecer la comunicación funcional mediante estrategias no verbales y apoyo gestual.
- Promover participación en actividades psicosociales adaptadas a su nivel funcional.
- Fortalecer rutinas estructuradas para mejorar adaptación y organización conductual.
- Brindar acompañamiento permanente en actividades de la vida diaria.
- Realizar seguimiento interdisciplinario continuo con el equipo de salud.
- Potenciar la calidad de vida mediante intervención psicosocial sostenida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Maritza Millán Soto
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	55.172.564 de Neiva
EDAD	51
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	05/Marzo/1975 Neiva - Huila
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin escolares
DIAGNOSTICO	Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin dato
TELÉFONO	Sin dato
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 07 de abril de 2026

CONDICIONES GENERALES

Durante el proceso de valoración, la residente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, mostrando una actitud colaboradora, receptiva y disposición adecuada para la interacción. Evidencia capacidad para seguir instrucciones y establecer una comunicación funcional, participando activamente a lo largo de la entrevista.

Se observa con una actitud tranquila, caracterizándose por ser extrovertida, alegre, afectiva y cooperativa, manifestando en ocasiones risas inmotivadas y utilizando gestos faciales frecuentes como medio de expresión emocional.

Durante la valoración se mantiene en estado de alerta, reaccionando de manera adecuada a los estímulos del entorno. No se reportan alteraciones en el sueño.

A nivel motor, no requiere apoyos técnicos para la deambulación, presentando una marcha estable y adecuada. Además, mantiene condiciones apropiadas de higiene y presentación personal, con características físicas acordes a su edad cronológica.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	De acuerdo a prescripción médica y EPS
Autonomía E Independencia	Independiente en AVD, no requiere ayuda técnica para su desplazamiento.
Control De Esfínteres	Independiente

AREA FAMILIAR

La residente no cuenta con una red de apoyo familiar ni con vínculos cercanos de amigos o conocidos fuera de la institución. No obstante, dispone de un acompañamiento integral al interior

del Hogar Geriátrico "San Matías", donde recibe apoyo continuo por parte del equipo interdisciplinario y del personal de cuidado, lo cual favorece su bienestar y atención diaria.

AREA SOCIAL

La residente evidencia un adecuado nivel de ajuste social dentro del contexto institucional, sin presentar dificultades significativas en la interacción con otros residentes. Participa de manera activa en actividades lúdico-recreativas y físicas, sin manifestar comportamientos desadaptativos.

Se identifican habilidades sociales funcionales, tales como comunicación asertiva, respeto por normas y cooperación. La usuaria establece interacciones positivas tanto con sus compañeros como con los cuidadores, mostrando una actitud colaboradora, respetuosa y con adecuada disposición prosocial.

Las cuidadoras la destacan por su participación activa, voluntaria y constante en actividades institucionales de carácter psicosocial, cognitivo, físico y ocupacional, lo cual favorece su integración, sentido de pertenencia y bienestar emocional dentro del entorno institucional.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

Maritza presenta una apariencia personal acorde a su edad, con adecuados hábitos de aseo y presentación, lo cual refleja cuidado personal y adaptación al contexto, se encuentra en estado de alerta, evidenciando una actitud tranquila y adecuada estabilidad emocional durante el proceso de valoración.

A nivel comunicativo, su lenguaje es claro, coherente y pertinente a las preguntas formuladas, facilitando una interacción efectiva. Se encuentra orientada en las tres esferas (tiempo, espacio y persona), mostrando adecuada conciencia de sí misma y del entorno. Su estado de ánimo es eutímico, con una modulación afectiva acorde a las situaciones, manteniendo contacto visual y un nivel de atención funcional que favorece la interacción.

En cuanto a los procesos cognitivos, se evidencian dificultades en funciones ejecutivas superiores, especialmente en habilidades como la planificación, el juicio, el razonamiento, la introspección y la prospección.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas

mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A partir de la valoración realizada mediante observación directa, entrevista a cuidadores y escalas observacionales, se evidencia que la residente presenta un funcionamiento cognitivo global parcialmente conservado, con adecuada orientación, comunicación funcional y capacidad de interacción social. No obstante, se identifican dificultades en funciones ejecutivas superiores, tales como la planificación, el juicio, el razonamiento y la anticipación, lo cual puede afectar su desempeño en tareas que requieren mayor organización y toma de decisiones.
En el área emocional, Maritza se encuentra clínicamente estable, con estado de ánimo eutímico y adecuada modulación afectiva. Dado su diagnóstico de base de Trastorno Afectivo Bipolar, requiere seguimiento continuo para la prevención de posibles descompensaciones. Al momento de la valoración, no se evidencian alteraciones conductuales significativas ni signos de desregulación emocional.

A nivel funcional, la residente es independiente en la realización de AVD sin requerir apoyo para su movilidad ni autocuidado, lo que constituye un factor protector en su calidad de vida.

En el ámbito social, presenta un adecuado proceso de adaptación al entorno institucional, con participación activa en actividades grupales y establecimiento de relaciones interpersonales positivas. No obstante, la ausencia de una red de apoyo familiar externa representa un factor de vulnerabilidad emocional, compensado parcialmente por el acompañamiento del equipo interdisciplinario.

En términos generales, la residente muestra un funcionamiento estable, con fortalezas en su autonomía, interacción social y adaptación institucional, y áreas a fortalecer en el manejo emocional y funciones ejecutivas.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

La residente presenta funcionamiento psicológico global conservado, con adecuada orientación, comunicación funcional y habilidades sociales adaptativas. Mantiene autonomía en las actividades de la vida diaria, aunque muestra dificultades leves a moderadas en atención, memoria y funciones ejecutivas superiores, coherentes con su diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) en fase eutímica.

Su estado emocional es estable, con adecuada regulación afectiva y sin conductas disruptivas. La adaptación al entorno institucional es favorable, participando activamente y mostrando disposición para la interacción. La residente cuenta con red de apoyo familiar limitada o ausente, compensada por el acompañamiento integral del equipo institucional.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- **Seguimiento psicológico periódico**: Realizar acompañamiento continuo para monitorear el estado emocional y prevenir posibles descompensaciones asociadas al TAB.
- **Psicoeducación:** Brindar orientación sobre su diagnóstico, reconocimiento de signos de alerta y adherencia al tratamiento farmacológico.
- **Manejo emocional**: Implementar estrategias de regulación emocional, manejo de ansiedad y fortalecimiento de habilidades de afrontamiento.

- **Estimulación de funciones ejecutivas**: Desarrollar actividades orientadas a fortalecer habilidades como planificación, organización, toma de decisiones y resolución de problemas.
- **Fortalecimiento de red de apoyo:** Promover la construcción de vínculos significativos dentro del entorno institucional, favoreciendo el sentido de pertenencia y soporte emocional.
- **Participación ocupacional**: Mantener e incentivar su vinculación activa en actividades psicosociales, cognitivas, físicas y ocupacionales como estrategia de bienestar integral.
- **Trabajo interdisciplinario**: Articular acciones con el equipo de salud para garantizar un abordaje integral y seguimiento del tratamiento médico.
- **Prevención de recaídas**: Identificar factores de riesgo y establecer rutinas estructuradas que favorezcan la estabilidad emocional y funcional.

El proceso de intervención se orienta al mantenimiento de la estabilidad emocional, el fortalecimiento de habilidades cognitivas y la promoción de su bienestar integral dentro del contexto institucional.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Nelcy Sánchez Rosero
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	55.057.860
EDAD	63
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	10/05/1962
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual – Trastorno Afectivo Bipolar
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Carlos Hernesto Sánchez – Hijo
TELÉFONO	3229144768
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 13 de Abril/ 2026

CONDICIONES GENERALES

A nivel general, usuaria adulta mayor en estado de alerta, que se muestra psicomotrizmente inquieta durante el proceso de valoración.

En cuanto a los procesos mentales superiores, se evidencia lenguaje de curso abundante y desorganizado, con alteraciones en la coherencia y estructuración del discurso. Se observa compromiso en la atención sostenida, con dificultad para mantener el foco atencional y seguir instrucciones, lo cual interfiere en la ejecución de actividades dirigidas. Asimismo, presenta dependencia en la autorregulación atencional y motivacional, requiriendo estimulación externa constante.

A nivel de la región orofacial, se identifica edentulismo parcial, sin que esto limite de manera significativa la comunicación verbal.

En relación con la postura y movilidad, la usuaria deambula de manera independiente, con marcha lenta y riesgo de caídas, lo que sugiere la necesidad de supervisión en desplazamientos.

Respecto a las condiciones físicas generales, presenta contextura acorde a la edad y estado general conservado. La higiene y presentación personal se encuentran dentro de parámetros adecuados.

Finalmente, en el área funcional, se evidencia control de esfínteres conservado.

La participación en actividades se caracteriza por ser asistida, intermitente y de baja adherencia, con necesidad de acompañamiento continuo para su sostenimiento.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	Usuaria en manejo farmacológico activo, de acuerdo con prescripción médica vigente y bajo cobertura de la Entidad Promotora de Salud (EPS).

Autonomía E Independencia	Se evidencia independencia parcial en las ABVD) La usuaria es autónoma en algunas tareas; sin embargo, requiere apoyo ocasional en actividades de autocuidado, específicamente en higiene personal y vestido, en función de su estado funcional y nivel de desempeño.
Control De Esfínteres	Se encuentra conservado.

AREA FAMILIAR

La residente cuenta con una red de apoyo sociofamiliar activa y funcional, evidenciada por la comunicación frecuente y visitas periódicas de su hijo, quien constituye una figura significativa de soporte. Este vínculo favorece la contención emocional, el sostén afectivo y la estabilidad psicosocial, actuando como factor protector en su proceso de adaptación y bienestar integral.

AREA SOCIAL

Se evidencia compromiso en las habilidades de interacción social, caracterizado por baja iniciativa relacional y escasa participación espontánea en el entorno institucional. La vinculación a actividades psicosociales, cognitivas y terapéuticas requiere estimulación y acompañamiento continuo por parte del equipo interdisciplinario, observándose inconsistencias en la permanencia, atención y nivel de implicación.

Durante el desarrollo de dichas actividades, se identifica interferencia conductual asociada a la búsqueda de contacto con su hijo, manifestada en la interrupción frecuente de las tareas para realizar llamadas, lo cual sugiere dependencia afectiva y necesidad de reafirmación del vínculo familiar.

De acuerdo con reportes del personal asistencial, se presentan episodios esporádicos de llanto sin desencadenante aparente, lo que podría estar relacionado con fluctuaciones en la regulación emocional.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

En el momento de la valoración, la usuaria se encuentra en estado de alerta, clínicamente estable, con afecto eutímico y sin evidencia de conductas heteroagresivas recientes.

Se observa producción verbal aumentada (logorrea) con desorganización del discurso, caracterizada por baja coherencia y dificultades en la estructuración del pensamiento. El contenido ideativo se muestra concreto y empobrecido, con indicios de compromiso en funciones ejecutivas, afectando la planificación, organización y control cognitivo.

En cuanto a la orientación, se identifica desorientación temporal, con adecuada orientación en persona y espacio. Se evidencian alteraciones en memoria, así como en los procesos de introspección y prospección, lo que limita la capacidad para evocar información, anticipar situaciones y elaborar experiencias.

No se reportan alteraciones en la conducta alimentaria ni en el patrón de sueño, los cuales se mantienen dentro de parámetros funcionales según información suministrada por los auxiliares de enfermería.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

La residente evidencia un compromiso cognitivo significativo, con afectación marcada en su funcionamiento mental global, coherente con su diagnóstico de discapacidad intelectual y trastorno afectivo bipolar. Se observan manifestaciones conductuales como verbalización excesiva, inquietud psicomotora y dificultades en la atención sostenida, lo que limita su desempeño en actividades estructuradas y demanda intervención continua, supervisión y estrategias terapéuticas dirigidas por el área de psicología.

Desde el componente socioemocional, la búsqueda recurrente de contacto con su hijo pone en evidencia la presencia de un vínculo afectivo significativo, el cual actúa como factor protector, favoreciendo la regulación emocional y constituyéndose en un elemento clave para su motivación y adherencia a las intervenciones.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Usuaria adulta mayor con diagnóstico previo de discapacidad intelectual y trastorno afectivo bipolar, que cursa con deterioro en el funcionamiento cognitivo global, especialmente en procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas, lo que repercute en la organización del pensamiento y en la capacidad de adaptación a demandas del entorno.

Se observan manifestaciones conductuales de desinhibición verbal (logorrea) e inquietud psicomotora, asociadas a dificultades en la modulación conductual y en el control de impulsos, generando dependencia parcial para la estructuración, inicio y mantenimiento de actividades.

En el componente emocional, presenta afectividad globalmente estable con episodios de desregulación afectiva, evidenciados en llanto ocasional sin causa aparente. A nivel funcional, conserva habilidades básicas con requerimiento de apoyo intermitente en autocuidado.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación cognitiva estructurada, orientada al fortalecimiento de la atención sostenida, memoria y funciones ejecutivas básicas.
- Intervención en autorregulación conductual, mediante técnicas de modulación de la conducta, establecimiento de rutinas y reforzamiento positivo.
- Entrenamiento en habilidades sociales, promoviendo la interacción progresiva y la permanencia en actividades grupales con acompañamiento del área psicológica.
- Estrategias de contención emocional, dirigidas a la identificación y regulación de episodios de

labilidad afectiva.

- Estructuración del ambiente terapéutico, favoreciendo espacios con bajo nivel de distractores y consignas claras, concretas y repetitivas.
- Acompañamiento permanente del equipo interdisciplinario, para favorecer adherencia a las actividades y disminuir conductas de interferencia.
- Vinculación del soporte familiar, fortaleciendo el uso del vínculo con el hijo como recurso motivacional y de regulación emocional.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Rosa María Claver
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	1075325788
EDAD	77
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/01/1949 Neiva - Huila
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin escolaridad
DIAGNOSTICO	Osteosíntesis De Fémur Izq. Discapacidad Intelectual, Epilepsia
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	No Aplica
NÚMEROS DE HIJOS	No aplica
ACUDIENTE	Sin acudiente
TELÉFONO	Sin dato
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 06 de Abril de 2026

CONDICIONES GENERALES
Residente con antecedente de osteosíntesis de fémur izquierdo. Presenta movilidad funcional y autonomía dentro del hogar, requiriendo en algunas ocasiones el uso de caminador como apoyo. Cuenta con condición de discapacidad auditiva, por lo que su comunicación se realiza a través de lenguaje gestual y señas. Es independiente en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En el ámbito comportamental, tiene conductas puriles en ocasiones puede presentar conductas reactivas o de irritabilidad. En términos generales mantiene relaciones adecuadas con sus compañeros de residencia. Se observaciones limitaciones asociadas a su condición física y cognitiva.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	De acuerdo a prescripción médica y EPS
Autonomía E Independencia	Es dependiente en marcha con arrastre se apoya con caminador, su ingesta es independiente y se viste sola.
Control De Esfínteres	Se observa dependencia en el control de esfínteres, por lo que se hace necesario el uso de pañal para el cuidado adecuado de la residente.

AREA FAMILIAR
Residente que fue abandonada en la puerta de la institución Hogar "San Matías". Actualmente no cuenta con red de apoyo familiar, por lo que depende del acompañamiento y cuidado integral brindado por la institución, la cual suple sus necesidades básicas, emocionales y sociales de manera permanente.
AREA SOCIAL
No presenta dificultades con los demás residentes es participativa en las actividades lúdico recreativas y físicas. No presenta comportamientos desadaptativos.
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL
Durante la valoración, el usuario se muestra con una actitud tranquila, extrovertida, alegre, afectuosa y colaboradora. Se evidencian manifestaciones frecuentes de risa aparentemente inmotivada, acompañadas de diversos gestos faciales, los cuales podrían constituir una forma de expresión emocional y comunicativa en ausencia de lenguaje verbal.
TECNICAS DE VALORACION
• Observación directa estructurada • Entrevista a cuidadores (informantes clave) • Escalas observacionales adaptadas **Áreas evaluadas:** • Calidad de vida • Nivel funcional • Estado emocional (bienestar/malestar) • Conductas adaptativas • Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS
La residente presenta un funcionamiento global caracterizado por limitaciones en el área cognitiva, asociadas a su diagnóstico de discapacidad intelectual, lo cual afecta en su capacidad de comprensión, comunicación y autorregulación. La ausencia de lenguaje verbal y la condición de discapacidad auditiva hacen que su interacción con el entorno se base principalmente en la comunicación gestual, generando una dependencia del contexto y de los cuidadores para la interpretación de sus necesidades y estados emocionales. En el ámbito emocional, se evidencia una tendencia hacia la estabilidad afectiva, manifestada a través de comportamientos alegres, afectuosos y colaborativos. Las risas inmotivadas y los gestos faciales frecuentes pueden entenderse como formas de expresión emocional propias de su condición. No obstante, en algunos momentos presenta episodios de irritabilidad, posiblemente relacionados con frustración, dificultades comunicativas o estados internos no expresados de manera verbal.

A nivel conductual, la residente muestra un adecuado proceso de adaptación al entorno institucional, con ausencia de conductas desadaptativas significativas. Mantiene relaciones interpersonales funcionales con sus compañeros y participa activamente en actividades grupales, lo que favorece su integración social y constituye un factor protector para su bienestar emocional.

En cuanto a su funcionalidad, presenta un nivel de autonomía parcial, siendo independiente en algunas actividades básicas, pero requiriendo apoyo en otras áreas, especialmente en movilidad y control de esfínteres. Esto indica la necesidad de acompañamiento continuo y estructurado.

Finalmente, la ausencia de red familiar y el antecedente de abandono representan un factor de vulnerabilidad psicosocial; sin embargo, la institución actúa como figura de contención y soporte, favoreciendo su estabilidad. En conjunto, la residente presenta un estado psicológico relativamente estable dentro de sus condiciones, con necesidad de intervención continúa orientada al fortalecimiento de la comunicación, regulación emocional y habilidades adaptativas.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

La residente ya fue diagnosticada por la psiquiatra con: Esquizofrenia – retraso mental no especificado, discapacidad auditiva, epilepsia y Osteosíntesis de Fémur Izq.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

1.Área emocional:

- Acompañamiento psicológico individual enfocado en la contención emocional.
- Identificación de señales no verbales de malestar (gestos, posturas, cambios conductuales).
- Uso de refuerzo positivo ante conductas adaptativas.
- Implementación de rutinas estructuradas que brinden seguridad y estabilidad.

2. Área comunicativa:

- Fortalecimiento del uso de lenguaje gestual y señas funcionales.
- Implementación de apoyos visuales (pictogramas, objetos de referencia).
- Capacitación básica a cuidadores para unificar formas de comunicación.

3. Área conductual:

- Manejo de conductas reactivas mediante redirección, anticipación de situaciones y ambientes estructurados.
- Aplicación de estrategias de modificación de conducta basadas en refuerzo positivo.
- Identificación de posibles desencadenantes de irritabilidad (fatiga, incomodidad, sobreestimulación).

4. Área social:

- Promoción de la participación en actividades grupales, lúdicas y recreativas.
- Fomento de interacciones positivas con pares mediante actividades guiadas.
- Refuerzo de conductas prosociales (cooperación, participación, respeto).

5. Área funcional:

- Mantenimiento de la independencia en actividades básicas (alimentación, vestido).
- Apoyo supervisado en movilidad, promoviendo seguridad en el desplazamiento.
- Trabajo interdisciplinario con áreas de enfermería y fisioterapia.

6. Área institucional (red de apoyo):

- Fortalecimiento del vínculo afectivo con cuidadores e institución como figura de apoyo.
- Acompañamiento continuo ante la ausencia de red familiar.
- Trabajo articulado con el equipo interdisciplinario (psicología, medicina, enfermería, terapia ocupacional).

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Jorge Duran Canacue
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.075.325.796
EDAD	73
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	23 de Noviembre de 1951 Neiva - Huila
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Datos
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Datos
ACUDIENTE	Sin Datos
TELÉFONO	Sin Datos
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 07 de Abril de 2026

CONDICIONES GENERALES

El residente se presenta en adecuadas condiciones de higiene y presentación personal, mostrando orden y cuidado en su apariencia. Se encuentra en estado de alerta, orientado en las tres esferas (tiempo, espacio y persona), colaborador, receptivo y con disposición para seguir instrucciones.

A nivel emocional y conductual, evidencia una actitud tranquila, alegre y afectiva, con participación colaborativa; se observan risas inmotivadas y gestos faciales sutiles como medio de expresión. Responde de manera activa a los estímulos del entorno, sin signos de desregulación afectiva.

En cuanto a función psicomotora y movilidad, realiza las actividades de la vida diaria de manera autónoma, incluyendo alimentación, higiene y vestido, sin necesidad de apoyo técnico para la deambulación. La marcha es estable y acorde a su edad cronológica, y no se reportan alteraciones en el sueño-vigilia.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	De acuerdo a prescripción médica y EPS
Autonomía E Independencia	El residente presenta independencia funcional en las AVD, incluyendo alimentación, higiene y vestido. No requiere apoyos técnicos ni supervisión para la deambulación, evidenciando movilidad autónoma adecuada a su edad.
Control De Esfínteres	Conservado

AREA FAMILIAR

El residente no cuenta con referentes familiares ni red de apoyo activa, constituyendo un factor de vulnerabilidad psicosocial. Actualmente recibe apoyo integral del Hogar “San Matías” y se encuentra bajo protección estatal debido a situaciones de abandono y riesgo, lo que garantiza su cuidado, seguridad y bienestar.

AREA SOCIAL
Las cuidadoras reportan al área de psicología que el residente presenta dificultades ocasionales en la interacción con otros residentes, situación que se relaciona con su diagnóstico de base: Discapacidad Intelectual. A pesar de estas limitaciones, participa activamente en actividades lúdico-recreativas y físicas, mostrando colaboración y disposición para integrarse de manera autónoma en actividades psicosociales, cognitivas, físicas y ocupacionales, evidenciando adaptabilidad y compromiso con su entorno institucional.
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL
El residente, con diagnóstico de base de Discapacidad Intelectual, se encuentra alerta y orientado en las tres esferas, con afecto eutímico y conducta tranquila durante la valoración. Presenta comunicación verbal básica, complementada con gestos y expresiones faciales. A nivel cognitivo, se evidencian limitaciones en funciones ejecutivas, pensamiento abstracto, juicio y razonamiento, propias de su condición. Mantiene atención y concentración adecuadas para actividades simples y estructuradas. En el componente emocional, no se observan alteraciones significativas, evidenciando estabilidad afectiva y adecuada adaptación al entorno institucional.
TECNICAS DE VALORACION
• Observación directa estructurada • Entrevista a cuidadores (informantes clave) • Escalas observacionales adaptadas **Áreas evaluadas:** • Calidad de vida • Nivel funcional • Estado emocional (bienestar/malestar) • Conductas adaptativas • Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador) •
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS
El residente se encuentra en estado de alerta, orientado en las tres esferas (tiempo, espacio y persona), mostrando conducta tranquila, afectiva y colaborativa durante la valoración. Su estado de ánimo es eutímico, con atención y concentración conservadas para su nivel funcional. Presenta habilidades de comunicación funcional, aunque limitadas por su diagnóstico de discapacidad intelectual; utiliza gestos y expresiones faciales para complementar su comunicación. Se evidencian limitaciones en funciones ejecutivas, juicio y raciocinio, acordes con su diagnóstico. El residente responde de manera activa a los estímulos del entorno, sin manifestaciones de desregulación afectiva ni conductas disruptivas, evidenciando adaptación positiva al entorno institucional.
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
El residente presenta: • Discapacidad Intelectual, con limitaciones cognitivas leves a moderadas, principalmente en interacción social y comunicación verbal compleja. • Funcionamiento adaptativo conservado, con independencia en AVD y movilidad autónoma.

- Adaptación institucional positiva, sin conductas disruptivas.
- Red de apoyo familiar ausente, bajo protección institucional del Hogar "San Matías".

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- **Estimulación Cognitiva:** Actividades de memoria, atención y resolución de problemas adaptadas a su nivel funcional.
- **Intervención Comunicativa:** Uso de estrategias de comunicación aumentativa y alternativa (gestos, señas, pictogramas) para reforzar la comprensión y expresión.
- **Apoyo Psicosocial:** Supervisión y acompañamiento continuo del equipo interdisciplinario; integración en actividades grupales adaptadas que promuevan la socialización y participación autónoma.
- **Monitoreo Emocional:** Seguimiento del estado de ánimo y conductas adaptativas, con estrategias de manejo de ansiedad y promoción de bienestar emocional.
- **Recomendaciones Generales:** Mantener la protección institucional, garantizar supervisión mínima en AVD si fuera necesario, y fomentar actividades estructuradas que fortalezcan su autonomía y adaptación al entorno.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Anarcila Mosquera Lasso
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	1.075.324.147
EDAD	68
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/Abril/1957
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Esquizofrenia Paranoide
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Elcias Mosquera – Hermano
TELÉFONO	3152660093
FECHA DE VALORACIÓN	Jueves 16 de Abril72026

CONDICIONES GENERALES

Adulto mayor con adecuada presentación personal y condiciones generales acordes a su etapa del ciclo vital. Durante la valoración se encuentra en estado de alerta, clínicamente estable, con actitud receptiva, disposición para la interacción y adecuada colaboración durante el proceso evaluativo. El afecto se observa eutímico, sin presencia de manifestaciones emocionales disruptivas.

En el componente motor, presenta deambulación enlentecida, compatible con una marcha de características lentas. A nivel comunicativo, se evidencia compromiso en la expresión verbal, caracterizado por emisiones escasas, de baja complejidad y, en ocasiones, con limitada coherencia discursiva; en este contexto, recurre de manera complementaria a formas de comunicación no verbal, tales como gestos y señas, como estrategia funcional para la expresión de necesidades.

Desde el punto de vista somático, presenta contextura acorde, con edentulismo parcial a total. En el ámbito funcional, se identifica incontinencia de esfínteres, lo que implica dependencia en actividades de autocuidado y requerimiento de apoyo asistencial.

A nivel cognitivo, se observan indicadores sugestivos de compromiso en el funcionamiento mental, que ameritan seguimiento clínico continuo. En términos generales, el residente mantiene estabilidad conductual y emocional durante la valoración.

De acuerdo con lo reportado por el personal asistencial, se recomienda anticipar de forma verbal y progresiva cualquier contacto físico, con el fin de prevenir respuestas conductuales de tipo agresivo y favorecer un manejo adecuado y seguro en la interacción.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	La residente se encuentra en manejo farmacológico activo, conforme a prescripción médica vigente y bajo seguimiento del sistema de salud (EPS). Se registran antecedentes de habitabilidad en situación de calle y consumo de

	sustancias psicoactivas, factores que inciden en su condición biopsicosocial actual.
Autonomía E Independencia	Presenta un nivel de funcionalidad parcialmente conservado, con desempeño semiautónomo en las ABVD; no obstante, requiere acompañamiento, supervisión y apoyo continuo por parte del personal asistencial para su adecuado desenvolvimiento cotidiano.
Control De Esfínteres	No conservado

AREA FAMILIAR

Presenta una red de apoyo sociofamiliar funcional, representada principalmente por su hermano, quien mantiene contacto frecuente mediante visitas regulares. Esta figura constituye un factor protector significativo, al favorecer la contención emocional, el fortalecimiento del vínculo afectivo y la estabilidad del residente dentro del entorno institucional, contribuyendo positivamente a su adaptación psicosocial.

Adicionalmente, estos espacios de encuentro son aprovechados por el área de psicología para el desarrollo de procesos de psicoeducación familiar, orientados a fortalecer la comprensión de la condición clínica del residente, promover estrategias adecuadas de interacción y manejo conductual y el acompañamiento efectivo desde la red de apoyo.

AREA SOCIAL

Se identifica un repertorio de habilidades sociales disminuido, con dificultades en la interacción espontánea y en la vinculación con el entorno. El residente presenta baja iniciativa conductual y participación limitada en actividades psicosociales, cognitivas, físicas y demás espacios programados por la institución.

A nivel comunicativo, se evidencia compromiso en la expresión verbal, caracterizado por emisiones escasas, de baja complejidad y, en ocasiones, con limitada coherencia discursiva; en este contexto, recurre de manera complementaria a modalidades de comunicación no verbal, como gestos y señas, las cuales utiliza como estrategia funcional para la expresión de necesidades y la interacción social.

Aunque no se evidencian conductas de oposición o rechazo manifiesto, su nivel de implicación es reducido, lo cual puede impactar en el mantenimiento de sus habilidades funcionales. En este sentido, se considera pertinente la implementación de estrategias de activación conductual, motivación y acompañamiento estructurado, orientadas a favorecer su inclusión progresiva, potenciar sus capacidades residuales y promover una mayor integración social dentro del contexto institucional.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

El residente presenta un estado afectivo eutímico, sin evidencia de alteraciones emocionales significativas durante la valoración. En el componente comunicativo, se identifica un compromiso importante en la expresión verbal, caracterizado por emisiones escasas, de baja complejidad y, en ocasiones, con limitada coherencia discursiva. En este contexto, predomina un patrón comunicativo de tipo no verbal, haciendo uso funcional de gestos y señas enmarcados dentro de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) como principal medio para la expresión de necesidades y la interacción con el entorno.

Mantiene contacto visual funcional; no obstante, la interacción se caracteriza por ser restringida. A nivel cognitivo, se evidencian alteraciones en los procesos atencionales, con dificultades en la focalización y sostenimiento de la atención, así como compromiso en la memoria. De igual manera, se identifican limitaciones en funciones mentales superiores, incluyendo procesos de introspección, prospección y juicio.

En cuanto a la orientación, se encuentra parcialmente conservada, con reconocimiento de sí mismo, pero con dificultades en la ubicación temporoespacial. Los hábitos de sueño y alimentación se reportan preservados, lo que contribuye a la estabilidad clínica general del residente.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

De acuerdo con la información obtenida durante el proceso de valoración, la residente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide presenta un compromiso moderado en el funcionamiento cognitivo, conductual y psicosocial. Se evidencian alteraciones en las funciones mentales superiores, particularmente en los procesos de pensamiento, caracterizados por empobrecimiento ideativo y limitaciones en la elaboración y organización del discurso, lo cual impacta su capacidad de interacción y adaptación al entorno.

A nivel atencional y mnésico, se observan dificultades en la sostenibilidad de la atención y compromiso en memoria, lo que interfiere en la ejecución de actividades estructuradas y en la comprensión de estímulos complejos. En cuanto a la orientación, esta se encuentra parcialmente conservada, con dificultades en la dimensión temporoespacial.

En el componente emocional, la residente se mantiene clínicamente estable, con afecto eutímico durante la valoración; sin embargo, debido a su patología de base, presenta vulnerabilidad a posibles descompensaciones conductuales, incluyendo respuestas de tipo defensivo o agresivo ante estímulos no anticipados.

En el ámbito funcional, presenta un nivel de dependencia parcial, requiriendo supervisión y apoyo en actividades básicas de la vida diaria, especialmente en aquellas relacionadas con el autocuidado. A nivel social, se evidencian limitaciones en la iniciativa y participación, asociadas tanto al compromiso cognitivo como al patrón comunicativo predominantemente no verbal.

En este contexto, el perfil observado es consistente con su diagnóstico de base, evidenciando la necesidad de intervención interdisciplinaria continua, orientada al mantenimiento de la estabilidad clínica, el fortalecimiento de habilidades adaptativas y la optimización de su calidad de vida dentro del entorno institucional.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
Adulta mayor con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, en condición clínica estable, que presenta compromiso moderado en el funcionamiento cognitivo global, evidenciado en alteraciones de las funciones mentales superiores, especialmente en pensamiento, atención, memoria y procesos de juicio. El perfil comunicativo se caracteriza por limitaciones en el lenguaje verbal, con predominio de comunicación no verbal (gestual/señalética), lo que restringe la interacción social funcional. A nivel conductual, se observa estabilidad en condiciones estructuradas, con antecedentes de respuestas reactivas ante estímulos no anticipados. En el ámbito funcional, presenta semidependencia para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, asociada a incontinencia de esfínteres y requerimiento de apoyo asistencial. A nivel psicosocial, evidencia habilidades sociales limitadas y baja iniciativa, con necesidad de acompañamiento para su integración. Cuenta con red de apoyo familiar activa, la cual actúa como factor protector. El cuadro clínico es compatible con un trastorno mental crónico, con necesidad de seguimiento permanente y abordaje interdisciplinario continuo.
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
• Mantener intervención psicológica continua orientada al seguimiento clínico, contención emocional y prevención de descompensaciones conductuales. • Implementar programas de estimulación cognitiva básica, enfocados en el mantenimiento de funciones residuales (atención, memoria y orientación), mediante actividades estructuradas y de baja complejidad. • Fortalecer la comunicación funcional a través del uso de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC), facilitando la expresión de necesidades y la comprensión del entorno. • Promover la activación conductual progresiva mediante la participación guiada en actividades psicosociales, cognitivas, físicas y recreativas, ajustadas a su nivel funcional. • Establecer rutinas estructuradas que favorezcan la orientación, organización conductual y adaptación al entorno institucional. • Implementar estrategias de manejo conductual preventivo, incluyendo la anticipación verbal de estímulos y contacto físico, con el fin de disminuir respuestas agresivas o reactivas. • Brindar acompañamiento permanente en actividades de la vida diaria, acorde a su nivel de dependencia funcional. • Mantener seguimiento interdisciplinario continuo, articulado con el equipo asistencial y médico, para monitoreo del estado cognitivo, emocional y conductual. • Fortalecer la red de apoyo familiar mediante procesos de psicoeducación, promoviendo estrategias adecuadas de interacción y acompañamiento.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Sofia Claver
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	1.075.325.776
EDAD	78
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/01/1951 – Neiva - Huila
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual, Discapacidad Auditiva
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin datos
NÚMEROS DE HIJOS	0
ACUDIENTE	Sin datos
TELÉFONO	Sin datos
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 06 de Abril de 2026

CONDICIONES GENERALES	
La residente presenta adecuada higiene y presentación personal. Su comunicación es principalmente no verbal, mediante gestos y señas, adaptada a su discapacidad auditiva e intelectual. Se muestra colaborador y participativo, con disposición para seguir instrucciones. La movilidad es funcional, caminando de forma independiente o con caminador, y la marcha requiere precaución por riesgo de caídas. Mantiene control de esfínteres y realiza algunas actividades de la vida diaria con autonomía parcial.	
ANTECEDENTES	
Farmacológicos	De acuerdo a prescripción médica y EPS
Autonomía E Independencia	Residente quien camina por sus propios medios algunas veces con apoyo (Caminador). Asimismo, es independiente en la ingesta de alimentos y requiere asistencia para la realización de actividades básicas como el baño y el vestido.
Control De Esfínteres	La residente requiere uso de pañal
AREA FAMILIAR	
El 13 de diciembre de 1993, la residente fue ingresada a la institución por la PONAL tras ser encontrada en situación de abandono. Desde entonces, no se registra información sobre familiares ni vínculos significativos, evidenciándose la ausencia total de una red de apoyo familiar. Esta condición la ubica en un contexto de alta vulnerabilidad psicosocial, al no contar con figuras de referencia externas que brinden acompañamiento afectivo, social o económico. Sin embargo, es importante resaltar que la institución Hogar San Matías ha asumido un rol fundamental como su principal red de apoyo, garantizando atención integral y continua en sus necesidades básicas, emocionales y sociales. En este sentido, el entorno institucional no solo suple las carencias familiares, sino que también proporciona un espacio de contención, cuidado y acompañamiento, favoreciendo su bienestar y calidad de vida.	

AREA SOCIAL

La residente mantiene relaciones adecuadas con sus compañeros, evidenciando una adecuada adaptación al entorno institucional. Participa activamente en actividades lúdico-recreativas y físicas, y no presenta comportamientos desadaptativos.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

Durante la valoración, la residente se muestra con actitud tranquila, alegre, afectiva, extrovertida y colaboradora, evidenciando en algunos momentos risas inmotivadas. Utiliza gestos faciales como principal medio de comunicación, lo cual le permite compensar su limitación auditiva y facilitar su interacción con el entorno.

Se encuentra en estado de alerta, aunque no completamente lúcida, reaccionando de manera activa a los estímulos del ambiente. No presenta alteraciones en el sueño y es independiente en la ingesta de alimentos.

A nivel cognitivo, se evidencia deterioro en los diferentes tipos de memoria. Es importante señalar que este compromiso afecta la memoria declarativa verbal, la memoria de trabajo, la atención sostenida y las funciones ejecutivas. Adicionalmente, como parte del proceso de envejecimiento, se observa un mayor deterioro en la memoria episódica, lo que incide en la evocación de eventos recientes.

Se identifican dificultades en la atención sostenida, así como una discapacidad auditiva que limita el desarrollo del habla, el lenguaje y la comunicación. En cuanto a la orientación, la residente se encuentra orientada en persona, pero desorientada en tiempo y espacio.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

A partir de la valoración realizada mediante observación directa estructurada, entrevista a cuidadores e instrumentos observacionales adaptados, se evidencia que la residente Sofía Claver presenta un funcionamiento global condicionado por su diagnóstico previo de discapacidad intelectual y discapacidad auditiva, así como por su proceso de envejecimiento.

En el área cognitiva, se identifican alteraciones significativas en los procesos de memoria, incluyendo memoria de trabajo, memoria declarativa verbal y memoria episódica, esta última con mayor compromiso, lo cual es consistente tanto con su condición de base como con los cambios propios de la edad. Asimismo, se

evidencian dificultades en la atención sostenida y en funciones ejecutivas, lo que impacta su capacidad para planificar, organizar y mantener actividades de manera autónoma por periodos prolongados.

En cuanto a la orientación, la residente se encuentra orientada en persona, pero presenta desorientación en tiempo y espacio, lo que sugiere un compromiso cognitivo moderado asociado a deterioro neurocognitivo progresivo.

A nivel comunicativo, la discapacidad auditiva limita el desarrollo del lenguaje oral; sin embargo, la residente ha desarrollado mecanismos compensatorios funcionales a través del lenguaje gestual y expresiones faciales, lo cual favorece su interacción con el entorno y evidencia capacidad adaptativa dentro de sus posibilidades.

En el área emocional, la residente se muestra generalmente estable, con predominio de un estado de ánimo positivo, caracterizado por actitud alegre, afectiva, colaboradora y extrovertida. No se evidencian indicadores de ansiedad, depresión o conductas disruptivas. No obstante, la presencia de risas inmotivadas puede estar asociada a su condición neurológica y cognitiva, más que a alteraciones afectivas propiamente dichas.

En el área social, presenta adecuada adaptación al entorno institucional, manteniendo relaciones funcionales con sus compañeros y participando activamente en actividades lúdico-recreativas, lo cual constituye un factor protector importante para su bienestar emocional y calidad de vida.

En relación con su funcionalidad, la residente conserva independencia en algunas actividades básicas de la vida diaria, como la alimentación y la movilidad, pero requiere apoyo en otras como el baño, vestido y control de esfínteres, lo cual indica un nivel de dependencia parcial.

A nivel psicosocial, se identifica una condición de alta vulnerabilidad histórica, derivada de la ausencia total de red de apoyo familiar desde su ingreso a la institución en 1993. Sin embargo, el Hogar San Matías ha asumido un rol protector significativo, constituyéndose como su principal red de apoyo, garantizando su cuidado integral y contribuyendo a su estabilidad emocional.

En conclusión, la residente presenta un funcionamiento adaptativo conservado en lo emocional y social, con limitaciones significativas en el área cognitiva y comunicativa, propias de su diagnóstico y del proceso de envejecimiento, requiriendo acompañamiento continuo para el mantenimiento de su calidad de vida y bienestar integral.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

La residente ya fue diagnosticada por la psiquiatra con: Discapacidad Intelectual, Discapacidad Auditiva

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

Intervenciones propuestas:

1. **Estimulación cognitiva:**
   - Implementar actividades sencillas y estructuradas orientadas a la estimulación de la memoria, atención y orientación (ejercicios de asociación, reconocimiento de objetos, rutinas diarias guiadas).
   - Uso de apoyos visuales (imágenes, pictogramas, colores) para facilitar la comprensión y la evocación.
   - Reforzamiento de la orientación en tiempo y espacio mediante rutinas estables, calendarios visuales y recordatorios constantes.

2. **Fortalecimiento comunicativo:**
   - Potenciar el uso de lenguaje gestual y señas como principal medio de comunicación.
   - Capacitación básica a cuidadores en estrategias de comunicación alternativa.
   - Uso de apoyos visuales y contacto visual permanente para favorecer la interacción.
3. **Acompañamiento emocional:**
   - Brindar espacios de contención emocional a través de interacción cercana, afectiva y respetuosa.
   - Reforzar conductas positivas mediante reconocimiento y validación emocional.
   - Monitoreo continuo de cambios en el estado de ánimo o conducta.
4. **Intervención social y ocupacional:**
   - Promover la participación activa en actividades lúdicas, recreativas y grupales.
   - Fomentar la interacción con pares para mantener habilidades sociales.
   - Incluir actividades que generen bienestar, disfrute y sentido de pertenencia.
   -
5. **Apoyo en actividades de la vida diaria (AVD):**
   - Mantener acompañamiento en actividades como baño, vestido y control de esfínteres, promoviendo la mayor autonomía posible.
   - Establecer rutinas estructuradas que favorezcan la independencia progresiva.
6. **Trabajo interdisciplinario:**
   - Articulación constante con el equipo de salud (medicina, enfermería, terapia ocupacional, fonoaudiología).
   - Seguimiento periódico del estado cognitivo, funcional y emocional.
7. **Seguimiento psicológico:**
   - Realizar seguimiento continuo desde el área de psicología para evaluar cambios en su funcionamiento.
   - Ajustar el plan de intervención según evolución y necesidades.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Octavio Olaya
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.081.160.091 Rivera
EDAD	72 años
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	04/enero/1954
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Datos
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Datos
ACUDIENTE	Carmen Teresa Olaya (Sobrina)- Matilde Olaya - Flora Otalora
TELÉFONO	3133516933 – 6088776008 - 6088705373
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 07 de Abril de 2026

CONDICIONES GENERALES

El residente ingresa al Hogar Geriátrico San Matías por gestión de su sobrina, Carmen Teresa Olaya, quien refiere imposibilidad para asumir su cuidado, dadas las demandas asociadas a su estado de salud y a las múltiples limitaciones a nivel cognitivo y físico.

Durante la valoración psicológica, el residente se observa con una actitud tranquila, alegre y colaboradora, evidenciando en algunos momentos risas inmotivadas y expresividad afectiva a través de gestos faciales. Se encuentra en estado de alerta, aunque no lúcido, con adecuada reactividad frente a los estímulos del entorno. No se reportan alteraciones en el ciclo sueño–vigilia.

En el área cognitiva, se evidencian dificultades significativas en la atención sostenida, así como compromiso global de los procesos mnésicos (memoria a corto, mediano y largo plazo). A nivel del lenguaje, presenta limitaciones importantes, con ausencia de lenguaje oral funcional; la comunicación se da principalmente de forma no verbal mediante gestos, señas y emisiones sonoras básicas, en el contexto de una discapacidad auditiva, lo cual restringe su interacción comunicativa.

En cuanto al funcionamiento adaptativo, el residente se encuentra en condición de dependencia para la realización de las AVD, lo cual sugiere un nivel de compromiso en su autonomía personal. A nivel psicomotor, presenta marcha comprometida, rigidez muscular y requiere el uso de ayuda técnica (caminador) para su desplazamiento.

A nivel somático, se observa somatotipo delgado, con escasas piezas dentales y ausencia de control de esfínteres. No obstante, mantiene adecuadas condiciones de higiene y presentación personal, lo cual sugiere un adecuado acompañamiento institucional.

Durante la interacción, el residente se muestra colaborador, receptivo y con disposición para el contacto, logrando seguir instrucciones simples y evidenciando capacidad básica de comprensión a través de canales no verbales. En términos generales, su funcionamiento psicológico se encuentra condicionado por sus limitaciones cognitivas, comunicativas y sensoriales, requiriendo un abordaje integral y continuo desde el equipo interdisciplinario.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	De acuerdo con prescripción médica y EPS.
Autonomía E Independencia	Presenta dependencia en la realización de AVD, requiriendo acompañamiento continuo y apoyo permanente para su adecuado funcionamiento y bienestar. Su desplazamiento se realiza con ayuda técnica (caminador), evidenciando compromiso en su movilidad.
Control De Esfínteres	No conservada, requiere uso permanente de pañal.

AREA FAMILIAR

Las cuidadoras manifiestan que el residente dispone de una red de apoyo familiar activa y comprometida, lo cual se evidencia en los permisos de salida que comparte con su familia. Señalan que estos espacios favorecen el fortalecimiento de los vínculos afectivos, contribuyen a su bienestar emocional y permiten la continuidad del lazo familiar.

AREA SOCIAL

El residente no presenta dificultades en la interacción con sus compañeros, evidenciando un adecuado ajuste al entorno institucional. Participa en actividades lúdico-recreativas y físicas del hogar, sin manifestar comportamientos desadaptativos.

Dentro de sus capacidades, cuenta con habilidades básicas de interacción social, mostrando disposición para participar y colaborar en actividades de tipo psicosocial, cognitivo, físico y en la programación institucional en general. Su participación se da bajo la supervisión y motivación constante del equipo interdisciplinario, lo cual favorece su integración y permanencia en las actividades.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

El residente se encuentra en estado de alerta, con actitud tranquila y estabilidad emocional. Presenta adecuadas condiciones de higiene y apariencia personal, acordes a su edad cronológica, lo que refleja un adecuado cuidado institucional.

A nivel comunicativo, se evidencian alteraciones en el lenguaje, con predominio de comunicación no verbal, lo cual limita parcialmente su interacción; no obstante, mantiene contacto visual y responde a estímulos del entorno. Se encuentra desorientado en las tres esferas (tiempo, espacio y persona), con estado de ánimo eutímico.

En cuanto a los procesos cognitivos, la atención y concentración se encuentran funcionales dentro de sus

limitaciones. Las funciones ejecutivas, así como los procesos de introspección, prospección, juicio y raciocinio, se encuentran comprometidos, en coherencia con su condición clínica de base.

A nivel conductual y mental, no se evidencian novedades significativas ni alteraciones recientes, manteniendo una evolución estable dentro de su cuadro clínico, con adecuada adaptación al entorno institucional.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

El residente presenta compromiso cognitivo global, con dificultades en la atención, memoria y lenguaje, predominando la comunicación no verbal, en coherencia con su diagnóstico de discapacidad intelectual y déficit auditivo. A nivel funcional, evidencia alta dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, requiriendo apoyo permanente.

En el ámbito emocional se mantiene estable, con adecuada regulación afectiva y sin alteraciones conductuales. A nivel social, muestra una adecuada adaptación al entorno institucional, con participación en actividades bajo supervisión y presencia de una red de apoyo familiar como factor protector.

En general, se observa un compromiso significativo en lo cognitivo y funcional, compensado por su estabilidad emocional, adaptación al entorno y el acompañamiento del equipo interdisciplinario.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

- Discapacidad Intelectual (diagnóstico de base).
- Deterioro cognitivo global asociado a condición de base.
- Dependencia funcional para actividades básicas de la vida diaria.
- Alteración del lenguaje con predominio de comunicación no verbal, asociada a discapacidad auditiva.
- Incontinencia de esfínteres.
- Estado emocional estable dentro de su diagnóstico (sin presencia de sintomatología afectiva o conductual relevante al momento de la valoración).

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- **Estimulación cognitiva:** Implementar actividades orientadas al mantenimiento de funciones cognitivas básicas (atención, memoria funcional y seguimiento de instrucciones simples), ajustadas a su nivel de comprensión.
- **Fortalecimiento comunicativo:** Promover el uso de estrategias de comunicación alternativa (gestos, señas, apoyo visual), facilitando su expresión y comprensión en la interacción diaria.
- **Acompañamiento emocional:** Brindar contención emocional y seguimiento periódico, favoreciendo la estabilidad afectiva y la prevención de posibles alteraciones emocionales.
- **Promoción de habilidades adaptativas:** Fomentar, dentro de sus capacidades, la participación en actividades de autocuidado con apoyo supervisado, fortaleciendo su sentido de funcionalidad.
- **Intervención psicosocial:** Mantener su vinculación en actividades grupales (lúdicas, recreativas, ocupacionales), promoviendo la interacción social, el sentido de pertenencia y la calidad de vida.
- **Trabajo con red de apoyo:** Fortalecer el vínculo familiar mediante la promoción de visitas y salidas, articulando acciones con los acudientes para favorecer su bienestar emocional.
- **Trabajo interdisciplinario:** Articular acciones con el equipo de salud (medicina, enfermería, fisioterapia, fonoaudiología) para un abordaje integral acorde a sus necesidades.
- **Seguimiento y reevaluación:** Realizar seguimiento psicológico periódico para monitorear su evolución, ajustar estrategias de intervención y garantizar la continuidad del proceso de atención.

El abordaje se orienta al mantenimiento de su funcionalidad, bienestar emocional y calidad de vida, dentro de un enfoque integral, humanizado y acorde a sus condiciones.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Bertilda García
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	1.075.325.795 Neiva
EDAD	76
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/Enero0/1950
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin escolaridad
DIAGNOSTICO	Esquizofrenia y trastorno grave del lenguaje expresivo
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin dato
ACUDIENTE	Leonor García - Sobrina
TELÉFONO	6088735975
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 07 de abril 20269

CONDICIONES GENERALES
La residente se presenta en estado de alerta, con conducta tranquila y estabilidad emocional, manteniendo contacto visual y adecuada higiene y presentación personal. Se evidencia trastorno grave del lenguaje expresivo asociado a esquizofrenia, comunicándose frecuentemente mediante vías no verbales (gestos, señas, expresiones faciales). Se observan alteraciones en la memoria remota, reciente e inmediata y déficit en la atención sostenida, lo que condiciona limitaciones en la interacción y procesamiento de información. La respuesta a estímulos es activa, aunque limitada por las dificultades cognitivas y comunicativas. En el ámbito psicomotor, no requiere apoyos técnicos para la deambulación, aunque presenta marcha lenta. Su participación en actividades institucionales es predominantemente pasiva, reflejando un bajo nivel de iniciativa, consistente con las características de su diagnóstico.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	De acuerdo a prescripción médica y EPS
Autonomía E Independencia	La residente muestra semindependencia en actividades diarias, con movilidad autónoma limitada y supervisión mínima, adaptándose adecuadamente al entorno institucional y participando en actividades con apoyo según sus necesidades.
Control De Esfínteres	Conservado
AREA FAMILIAR	

La residente presenta un referente familiar limitado, sin una red de apoyo social o familiar activa, lo que constituye un factor de vulnerabilidad psicosocial y emocional. La ausencia de visitas y acompañamiento externo incide en su bienestar y adaptación al entorno, por lo que actualmente se encuentra bajo medida de protección institucional que garantiza su cuidado y atención integral.

AREA SOCIAL

La residente presenta limitaciones en habilidades interpersonales y comunicación expresiva, predominando vías no verbales que dificultan la interacción con sus pares. A pesar de las alteraciones cognitivas y emocionales asociadas a esquizofrenia, evidencia buena adaptación al entorno institucional, sin conductas disruptivas.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

La residente se encuentra en estado de alerta, con conducta tranquila y estabilidad emocional relativa durante la valoración. Presenta adecuada higiene y presentación personal acorde a su edad. El lenguaje expresivo se encuentra gravemente afectado, predominando la comunicación no verbal mediante gestos, señas y expresiones faciales, lo cual limita la interacción verbal.

Se evidencian alteraciones en la memoria remota, reciente e inmediata, así como déficit en la atención sostenida, impactando la capacidad de procesamiento de información y respuesta funcional en tareas cognitivas. Mantiene respuesta activa a estímulos del entorno, aunque limitada por sus dificultades cognitivas y comunicativas. En cuanto al estado de ánimo, no se observan manifestaciones de desregulación afectiva significativa ni conductas disruptivas durante la valoración, reflejando adaptación parcial al entorno institucional.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

La valoración integral indica que la residente presenta un funcionamiento cognitivo global comprometido, con afectación marcada en atención, memoria y lenguaje expresivo, asociada a esquizofrenia. Su desempeño funcional muestra semindependencia, con movilidad autónoma y participación pasiva en actividades institucionales, limitada por déficit cognitivo y comunicativo.

A nivel emocional y conductual, evidencia estabilidad relativa, sin manifestaciones agresivas ni desadaptativas, lo que facilita su adaptación al entorno del hogar “San Matías”. La ausencia de red

de apoyo familiar constituye un factor de vulnerabilidad psicosocial que requiere seguimiento y acompañamiento institucional constante.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

- Esquizofrenia con trastorno grave del lenguaje expresivo.
- Alteraciones cognitivas moderadas, predominando déficit en atención, memoria y funciones ejecutivas.
- Funcionamiento adaptativo semindependiente, con movilidad autónoma y participación pasiva en actividades institucionales.
- Red de apoyo familiar limitada, bajo medida de protección institucional.
- Estado emocional estable, sin conductas disruptivas durante la valoración.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

Intervención Cognitiva:

- Ejercicios de estimulación de memoria y atención adaptados a su nivel funcional.
- Uso de estrategias visuales y gestuales para reforzar la comunicación y comprensión de instrucciones.

Intervención Comunicativa:

- Entrenamiento en comunicación aumentativa y alternativa (gestos, señas, pictogramas).
- Fomentar interacción funcional con pares y personal mediante apoyo estructurado.

Apoyo Psicosocial:

- Supervisión y acompañamiento continuo del equipo interdisciplinario.
- Actividades grupales adaptadas que favorezcan la integración social y la participación activa.

Monitoreo Emocional:

- Seguimiento del estado de ánimo y reacciones afectivas para prevenir descompensaciones asociadas a esquizofrenia.
- Intervenciones de manejo de ansiedad y promoción de bienestar emocional.

Recomendaciones Generales:

- Mantener protección institucional y supervisión para garantizar seguridad, bienestar y adaptación al entorno.
- Coordinar visitas periódicas de familiares cuando sea posible para fortalecer el soporte social.

El proceso de intervención se orienta al mantenimiento de la estabilidad emocional, el fortalecimiento de habilidades cognitivas y la promoción de su bienestar integral dentro del contexto institucional.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Aminta Vargas
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	26.414.289
EDAD	88
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/Julio/1937
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin dato
ACUDIENTE	Fabiola Vargas (Hija)
TELÉFONO	3123512923
FECHA DE VALORACIÓN	Sábado 11de Abril /2026

CONDICIONES GENERALES
Durante la valoración psicológica, la adulta mayor se observa en estado de alerta, con adecuada disposición hacia la interacción, mostrándose colaboradora y receptiva ante el proceso evaluativo. Establece contacto de manera funcional y logra seguir instrucciones simples, lo que permite el desarrollo de la valoración. En cuanto a su presentación personal, mantiene adecuadas condiciones de higiene y arreglo, evidenciando acompañamiento en su cuidado. A nivel cognitivo, se evidencian alteraciones en el funcionamiento global, manifestadas en dificultades en procesos como la atención, la memoria y la orientación, las cuales son congruentes con su diagnóstico de base de demencia senil- Estas alteraciones impactan su desempeño funcional y su capacidad de respuesta ante demandas del entorno. En relación con su estado físico y funcional, la adulta mayor presenta una condición de dependencia significativa, con compromiso en la movilidad que requiere apoyo técnico mediante el uso de silla de ruedas para su desplazamiento. A nivel físico, se observan características acordes a su etapa del ciclo vital, incluyendo uso de prótesis dental y alteración en el control de esfínteres. Estas condiciones, en interacción con el deterioro cognitivo evidenciado, inciden de manera directa en su nivel de autonomía e independencia funcional, configurando un cuadro de alta dependencia para la realización de AVD y la necesidad de acompañamiento y supervisión permanente por parte de sus auxiliares de enfermería.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	De acuerdo a prescripción médica y EPS

Autonomía E Independencia	La residente presenta compromiso significativo en su autonomía, evidenciando un nivel de dependencia alto para la ejecución de las AVD. Requiere asistencia directa, supervisión continua y acompañamiento permanente por parte de un auxiliar de enfermería para la satisfacción de sus necesidades básicas.
Control De Esfínteres	No conservado (uso de pañal)

AREA FAMILIAR

Según el personal asistencial se evidencia la presencia de una red de apoyo familiar activa y funcional, representada principalmente por su sobrina (Yenny), quien mantiene contacto a través de visitas ocasionales y gestiona permisos de salida, favoreciendo espacios de interacción e integración familiar.

Este acompañamiento constituye un factor protector significativo, al contribuir al mantenimiento del vínculo afectivo, la contención emocional y la percepción de apoyo por parte de la residente. Asimismo, favorece su bienestar psicológico, estabilidad emocional y calidad de vida, al promover experiencias de socialización fuera del entorno institucional y reforzar su sentido de pertenencia y vínculo con el núcleo familiar.

AREA SOCIAL

La usuaria presenta habilidades sociales parcialmente conservadas, acordes a su condición actual; no obstante, se evidencia una limitada vinculación e integración en actividades grupales, sin avances significativos en su participación dentro de estos espacios.

Se observa mayor tendencia hacia la realización de actividades individuales, en las cuales requiere acompañamiento y orientación constante. Aunque en ocasiones manifiesta disposición para integrarse a dinámicas grupales, su participación es esporádica y con baja permanencia, lo que evidencia dificultades en la interacción sostenida.

Estas características se encuentran asociadas a su diagnóstico de base de demencia senil, el cual incide en la disminución de la iniciativa social, la capacidad de adaptación a contextos grupales, el procesamiento de estímulos sociales y el mantenimiento de la atención en actividades compartidas. En consecuencia, se ve comprometida su integración social, favoreciendo conductas de retraimiento y baja participación en escenarios colectivos.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

Residente se presenta en estado de alerta, con actitud colaboradora y disposición adecuada frente al proceso de valoración. El afecto se observa eutímico, con respuestas emocionales acordes al contexto, sin evidencia de labilidad afectiva durante la evaluación.

Se identifican alteraciones en el funcionamiento cognitivo global, especialmente en procesos de atención, memoria reciente, orientación temporal y espacial, así como en funciones ejecutivas, lo cual repercute en

su capacidad de adaptación, toma de decisiones y respuesta a demandas del entorno.

A nivel conductual, se evidencia disminución en la iniciativa, enlentecimiento en la ejecución de respuestas y necesidad de apoyo constante para la realización de AVD. En el componente emocional, no se observan manifestaciones clínicas significativas de ansiedad o depresión durante la valoración; sin embargo, su condición cognitiva puede limitar la expresión emocional y la elaboración de vivencias internas.

Estas características son consistentes con su diagnóstico de base de demencia senil, impactando su funcionamiento psicológico, social y adaptativo

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

A partir de la información recolectada, se evidencia un deterioro cognitivo global de carácter progresivo, compatible con el diagnóstico de demencia senil. Las alteraciones en atención, memoria, orientación y funciones ejecutivas afectan de manera significativa su desempeño funcional, autonomía e interacción con el entorno.

En el ámbito emocional, se observa estabilidad afectiva dentro de los límites de su condición, sin presencia de sintomatología afectiva mayor; no obstante, se identifican limitaciones en la expresión emocional y en la iniciativa conductual.

A nivel social, su baja participación en actividades grupales e individuales y tendencia al aislamiento se relacionan con su compromiso cognitivo, evidenciando dificultades en la interacción sostenida, adaptación social y procesamiento de estímulos del entorno.

En el área funcional, la residente presenta alta dependencia para la ejecución de las actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y apoyo permanente, en coherencia con su condición física y cognitiva.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
De acuerdo con la valoración psicológica, la observación clínica y los antecedentes reportados, se evidencia un trastorno neurocognitivo mayor (demencia senil) en fase moderada a avanzada, caracterizado por deterioro progresivo de funciones cognitivas como la memoria, la atención, la orientación y las funciones ejecutivas. Este compromiso impacta significativamente su autonomía, funcionamiento diario e interacción social, generando una condición de dependencia funcional elevada.
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
• Implementar actividades de estimulación cognitiva orientadas al mantenimiento de funciones preservadas (atención, memoria, lenguaje). • Favorecer la participación en actividades grupales e individuales estructuradas, con acompañamiento, que promuevan la interacción social y disminuyan el aislamiento. • Fortalecer estrategias de orientación a la realidad (tiempo, espacio, persona) de manera cotidiana. • Brindar acompañamiento emocional, promoviendo la expresión afectiva y el bienestar psicológico. • Establecer rutinas estructuradas que favorezcan la seguridad, la adaptación y la reducción de ansiedad. • Capacitar a cuidadores en estrategias de manejo conductual, comunicación efectiva y apoyo en actividades de la vida diaria. • Articular el trabajo con el equipo interdisciplinario para una atención integral centrada en la calidad de vida de la residente.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Jorge Perdomo
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	12.112.604
EDAD	70
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	20/05/2055
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	No aplica
NÚMEROS DE HIJOS	No aplica
ACUDIENTE	Gustavo Perdomo
TELÉFONO	6088637392
FECHA DE VALORACIÓN	Sábado 11 de Abril de 2026

CONDICIONES GENERALES
Durante la valoración, el adulto mayor se muestra con actitud pasiva, tranquilo y colaborador. A nivel físico, presenta edentulismo parcial, contextura acorde a su etapa del ciclo vital y adecuadas condiciones de higiene y presentación personal. En el área funcional, se evidencia compromiso importante, con alteración en la marcha que requiere apoyo permanente para la deambulación, lo cual lo ubica en alto riesgo de caídas y limita su autonomía motora. Asimismo, presenta incontinencia de esfínteres, incrementando su nivel de dependencia. En el área comunicativa, se observan dificultades significativas para mantener un diálogo coherente, con lenguaje poco estructurado, compatible con deterioro cognitivo.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra bajo tratamiento farmacológico de acuerdo con la prescripción médica por su EPS.
Autonomía E Independencia	En cuanto a su nivel de autonomía e independencia, se identifica un estado de dependencia funcional, requiriendo asistencia para la realización de las AVD, así como acompañamiento permanente de un cuidador para su movilización.
Control De Esfínteres	No conservado uso de pañal permanente

AREA FAMILIAR
Se identifica una red de apoyo familiar limitada, con presencia de vínculo primario representado por el hermano Gustavo Perdomo, quien asume el rol de acudiente principal. Se evidencia una baja frecuencia de contacto y visitas familiares, con interacción intermitente y no sistemática por parte de otros miembros del sistema familiar. Esta dinámica refleja una vinculación afectiva reducida y poco estructurada, lo cual puede incidir en la disminución de la estimulación socioemocional del residente. En este contexto, se observa la necesidad de fortalecer los canales de comunicación y el involucramiento familiar, con el fin de favorecer el soporte emocional y la continuidad del vínculo afectivo significativo.
AREA SOCIAL
Se evidencia una interacción social restringida, asociada a su condición de deterioro cognitivo. La participación en actividades institucionales es limitada, requiriendo acompañamiento permanente por parte del equipo interdisciplinario. Se observan dificultades en la iniciativa social, la participación activa y el mantenimiento de la atención en contextos grupales, lo cual impacta la permanencia en las actividades terapéuticas y recreativas. El residente presenta dependencia significativa de la estimulación externa, requiriendo motivación permanente, así como apoyo verbal y físico para facilitar su vinculación. Su participación suele ser breve, fluctuante y condicionada al nivel del estimulación y acompañamiento recibido.
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL
El residente Jorge Perdomo se encuentra alerta, con actitud pasiva, cooperador durante la valoración, y con respuesta adecuada a la interacción inmediata. No obstante, se evidencia compromiso significativo de las funciones cognitivas superiores, principalmente en orientación, memoria reciente, atención sostenida y lenguaje expresivo y comprensivo. A nivel del lenguaje, presenta discurso poco estructurado, con disminución en la coherencia y fluidez verbal, lo cual es compatible con el diagnóstico de deterioro cognitivo neurodegenerativo. Su capacidad de abstracción y secuenciación del pensamiento se encuentra disminuida. En el área emocional, se observa un estado afectivo predominantemente estable, sin evidencia

de sintomatología ansiosa o depresiva persistente. Sin embargo, su expresión emocional es limitada y depende en gran medida de la estimulación externa. Responde de manera positiva a la contención verbal, el acompañamiento y la interacción directa.

En el plano conductual, no se evidencian conductas disruptivas significativas; sin embargo, su iniciativa es baja, con marcada dependencia del entorno para la ejecución de actividades y participación.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Los resultados obtenidos durante la valoración evidencian la presencia de un deterioro cognitivo global de curso progresivo, coherente con el diagnóstico médico de demencia senil. Se identifican alteraciones significativas en la orientación temporal y espacial, memoria reciente, atención sostenida y funciones ejecutivas, lo que impacta de manera directa su desempeño cognitivo general.

En el ámbito funcional, el residente presenta un nivel de dependencia elevado para la realización de las AVD, requiriendo acompañamiento permanente para la movilización, así como asistencia parcial o total en actividades de higiene, vestido y supervisión general, lo que evidencia un compromiso importante de su autonomía.

A nivel socioemocional, se observa una red de apoyo familiar limitada junto con una interacción social restringida, factores que pueden influir en la disminución de estímulos protectores y en la reducción del bienestar emocional. Sin embargo, se destaca la conservación de respuesta positiva ante la interacción interpersonal, la estimulación estructurada y el acompañamiento continuo.

En síntesis, el perfil psicológico del residente es consistente con un trastorno neurocognitivo mayor en fase avanzada, con compromiso funcional significativo y preservación parcial de la capacidad de respuesta emocional ante estímulos ambientales y sociales.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
✓ Trastorno neurocognitivo mayor (demencia senil) en fase evolutiva, con compromiso global de funciones cognitivas superiores. ✓ Deterioro significativo en orientación, memoria, atención y lenguaje. ✓ Dependencia funcional moderada a severa para AVD. ✓ Red de apoyo social y familiar limitada, con riesgo de aislamiento socioemocional.
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
Intervención psicológica: ✓ Estimulación cognitiva individual orientada a atención, memoria y orientación (ejercicios estructurados y repetitivos). ✓ Intervención en lenguaje funcional mediante ejercicios de denominación y comprensión básica. ✓ Acompañamiento emocional con enfoque en contención, validación afectiva y reducción de ansiedad. ✓ Rutinas estructuradas para favorecer la organización temporal y conductual. **Intervención grupal:** ✓ Inclusión en actividades terapéuticas grupales con acompañamiento permanente. ✓ Dinámicas de socialización dirigidas y de baja exigencia cognitiva. ✓ Actividades recreativas adaptadas (arte, música, estimulación sensorial). **Intervención familiar:** ✓ Fortalecimiento del vínculo familiar mediante orientación al cuidador principal. ✓ Promoción de visitas y contacto afectivo significativo. ✓ Psicoeducación sobre el proceso de demencia y manejo conductual.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Rosa María Zambrano
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	26.531.145
EDAD	101
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	19/Agosto/1925
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Viuda
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Manuel González
TELÉFONO	3122010206
FECHA DE VALORACIÓN	Sábado 11 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Durante la valoración psicológica, la residente se encuentra en estado de alerta, vigil, con actitud tranquila, colaboradora y clínicamente estable, evidenciando adecuada disposición frente al proceso evaluativo. Presenta apariencia general e higiene personal conservadas, con arreglo acorde a su edad y contexto institucional, lo que sugiere adecuado acompañamiento en su cuidado básico.

Se trata de una adulta mayor con compromiso significativo a nivel físico y cognitivo, en condición de dependencia funcional. A nivel motor, presenta marcha alterada, requiriendo apoyo técnico mediante silla de ruedas para su desplazamiento, lo que limita su movilidad e independencia. Se evidencian además déficits sensoperceptivos, principalmente limitación visual, así como uso de prótesis dental. En cuanto al control de esfínteres, presenta incontinencia, con requerimiento de manejo asistido.

Durante la interacción, la residente logra establecer contacto funcional básico, respondiendo a instrucciones simples, lo que indica preservación parcial de habilidades comprensivas. No obstante, a nivel cognitivo se observan alteraciones persistentes en el funcionamiento global, que comprometen procesos como la atención, memoria, orientación y funciones ejecutivas, hallazgos que resultan consistentes con su diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor (demencia senil).

En conjunto, las condiciones observadas reflejan un perfil de deterioro cognitivo y funcional de carácter progresivo, con repercusiones significativas en su autonomía, adaptación al entorno y desempeño en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y apoyo permanente por parte de cuidadores.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	La residente se encuentra bajo tratamiento farmacológico según prescripción médica vigente, con seguimiento a través de la entidad promotora de salud (EPS).

Autonomía E Independencia	Se evidencia un compromiso significativo en la funcionalidad global, con dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), incluyendo alimentación, higiene, vestido y movilidad. La residente requiere asistencia directa, supervisión continua y acompañamiento permanente por parte de personal asistemcial para la satisfacción de sus necesidades básicas, lo cual es consistente con su condición cognitiva y física actual.
Control De Esfínteres	Requiere manejo asistido mediante el uso de ayudas (pañal), lo que incrementa su nivel de dependencia y necesidad de cuidado continuo.

AREA FAMILIAR

La residente cuenta con red de apoyo familiar identificada; sin embargo, esta no se encuentra activa ni presente de manera regular, evidenciándose ausencia de contacto y acompañamiento. Esta situación configura un vínculo familiar limitado, que puede incidir en su bienestar emocional, percepción de apoyo social y motivación para la participación en actividades institucionales.

En este contexto, la residente depende principalmente del acompañamiento y cuidado integral brindado por la institución San Matías, la cual suple de manera continua sus necesidades básicas, emocionales y sociales, garantizando su atención y estabilidad dentro del entorno institucional.

AREA SOCIAL

La residente presenta habilidades sociales disminuidas, acordes a su condición neurocognitiva. Se evidencia una participación asistida en actividades psicosociales, cognitivas y físicas, caracterizada por baja iniciativa conductual, escasa espontaneidad y limitada capacidad de vinculación sostenida.

Su interacción en espacios grupales es restringida y dependiente del acompañamiento del personal asistencial, sin lograr una integración activa ni permanente.

Estas características son consistentes con el compromiso en procesos como la iniciativa, motivación, atención sostenida y procesamiento de estímulos sociales, propios de su diagnóstico, lo que impacta directamente su adaptación e interacción con el entorno social.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

La residente se encuentra en estado de alerta (vigil), tranquila y colaboradora, con contacto funcional básico. Presenta lenguaje lento y de bajo volumen, comprensible en contextos simples.

Se encuentra orientada en persona, pero desorientada en tiempo y espacio. A nivel emocional, evidencia afecto eutímico, sin alteraciones clínicas significativas.

Se observan alteraciones en atención, memoria, orientación y funciones ejecutivas, así como limitaciones en el juicio y la toma de decisiones. A nivel conductual, presenta baja iniciativa y dependencia funcional.

El perfil es compatible con deterioro cognitivo global de curso progresivo, con impacto en su

funcionamiento psicológico y adaptativo.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

A partir de la información obtenida mediante observación directa, entrevista a personal asistencial y aplicación de escalas observacionales, se evidencia un deterioro cognitivo global de curso progresivo, consistente con el diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor (demencia senil).

Se identifican alteraciones significativas en los procesos de orientación, memoria, atención y funciones ejecutivas, las cuales impactan de manera directa la capacidad de la residente para interactuar con el entorno, adaptarse a las demandas cotidianas y conservar su autonomía funcional.

En el área afectivo-emocional, se observa estabilidad del estado de ánimo, sin presencia de sintomatología clínica relevante; sin embargo, se evidencian limitaciones en la expresión emocional y en la iniciativa conductual, asociadas al compromiso cognitivo subyacente.

A nivel social, se identifica baja participación e integración en actividades grupales, con necesidad de acompañamiento para su vinculación, lo que refleja dificultades en la interacción sostenida, iniciativa social y procesamiento de estímulos del entorno.

En el área funcional, se confirma un alto nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), requiriendo supervisión continua y apoyo permanente, en coherencia con su condición física y cognitiva.

En conjunto, los hallazgos evidencian un compromiso integral del funcionamiento cognitivo, adaptativo y social, que requiere abordaje interdisciplinario orientado al mantenimiento de habilidades residuales y la calidad de vida.

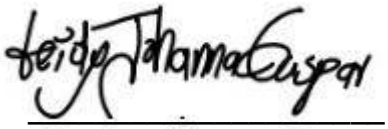
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

De acuerdo con la valoración psicológica, la observación clínica y los antecedentes reportados, la residente presenta un trastorno neurocognitivo mayor (demencia senil) en fase moderada a avanzada, caracterizado por un deterioro progresivo de funciones cognitivas superiores como la memoria, la atención, la orientación y las funciones ejecutivas.

Este compromiso genera un impacto significativo en su funcionamiento global, evidenciado en la pérdida de autonomía, alta dependencia funcional y limitaciones en la interacción social y adaptación al entorno.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Implementar actividades de estimulación cognitiva orientados al mantenimiento de funciones preservadas (atención, memoria, lenguaje), mediante actividades estructuradas y adaptadas a su nivel de funcionamiento.
- Favorecer la participación en actividades psicosociales y grupales asistidas, promoviendo la interacción social, la integración y la disminución del aislamiento.
- Fortalecer estrategias de orientación a la realidad (persona, tiempo y espacio) mediante el uso de rutinas, claves visuales y apoyo verbal constante.
- Brindar acompañamiento emocional continuo, favoreciendo la expresión afectiva y el bienestar psicológico dentro de sus capacidades.
- Establecer y mantener rutinas estructuradas, que proporcionen seguridad, predictibilidad y faciliten la adaptación al entorno institucional.
- Promover el trabajo interdisciplinario, articulando el área de psicología con el equipo de salud, con el fin de garantizar una atención integral centrada en la calidad de vida y el mantenimiento de habilidades residuales.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Jesús Antonio Victoria
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.075.325.847
EDAD	92
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/Enero/1933
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin dato
TELÉFONO	Sin dato
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 13 de Abril de 2026

CONDICIONES GENERALES

Adulto mayor en condición clínica estable, consciente y en estado de alerta. Durante la valoración se observa tranquilo, con adecuada disposición y actitud colaboradora frente al proceso evaluativo.

En cuanto a la presentación personal, presenta adecuada higiene y arreglo, con apariencia física acorde a la edad cronológica y contextura delgada, manteniendo condiciones apropiadas de aseo y orden.

A nivel de orientación, se evidencia desorientación global en tiempo y espacio.

Respecto al lenguaje y la comunicación, presenta lenguaje predominantemente no verbal.

En el área afectiva, se observa afecto eutímico, sin manifestaciones de labilidad emocional, manteniendo una actitud tranquila y regulada durante la valoración.

En relación con los procesos cognitivos, se evidencia atención dispersa, con dificultades en la concentración sostenida, requiriendo redirección. La capacidad de seguimiento de instrucciones se encuentra conservada a nivel básico. Se identifican funciones ejecutivas comprometidas, así como limitaciones en la introspección, prospección, juicio y raciocinio, lo cual impacta en la toma de decisiones y en la anticipación de consecuencias.

En la condición funcional, se trata de un adulto mayor dependiente para las ABVD. Presenta compromiso en la marcha, asociado a rigidez muscular. Se evidencia edentulismo total y ausencia de control de esfínteres.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	La residente se encuentra bajo tratamiento farmacológico según prescripción médica vigente, con seguimiento por parte de la Entidad

	Promotora de Salud (EPS).
Autonomía E Independencia	Se evidencia un compromiso significativo de la funcionalidad global, con dependencia total en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), incluyendo alimentación, higiene, vestido y movilidad. El residente requiere asistencia directa, supervisión continua y acompañamiento permanente por parte de personal asistencial, en coherencia con su condición física y cognitiva.
Control De Esfínteres	Requiere manejo asistido permanente uso de pañal, lo que incrementa su nivel de dependencia y necesidad de cuidado continuo.
AREA FAMILIAR	
El residente no cuenta con red de apoyo familiar ni social activa, evidenciándose ausencia de vínculos funcionales externos. En este contexto, presenta dependencia total del cuidado institucional, siendo la Institución San Matías la encargada de brindar atención integral y continua, garantizando la cobertura de sus necesidades básicas, emocionales y sociales, así como su supervisión permanente.	
AREA SOCIAL	
El residente presenta limitaciones de las habilidades sociales, evidenciada por baja iniciativa de interacción espontánea y reducción en la frecuencia y calidad de los vínculos interpersonales dentro del contexto institucional. A nivel individual, se observa adecuada respuesta afectiva y conductual, con manifestaciones de agrado, motivación e interés frente a la realización de actividades individuales, así como buena disposición para la participación en dinámicas psicosociales, cognitivas y físicas. En el ámbito grupal, con acompañamiento, guía y estimulación por parte de equipo interdisciplinario, el residente logra incrementar de manera progresiva su participación en actividades colectivas, evidenciando integración parcial y adherencia intermitente a la programación institucional.	
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL	
El residente se encuentra en estado de alerta (vigil), con actitud tranquila, estable y colaborador durante el proceso de valoración. Presenta adecuadas condiciones de higiene y presentación personal, con apariencia física acorde a su edad. A nivel de lenguaje y comunicación, predomina la expresión no verbal. En cuanto a la orientación, se evidencia desorientación global en tiempo y espacio. El estado afectivo es eutímico, sin presencia de alteraciones emocionales significativas durante la evaluación. En el área de atención y concentración, se observan dificultades en la atención sostenida, con tendencia a la dispersión. Asimismo, en las funciones cognitivas superiores, se identifican alteraciones en funciones	

ejecutivas, juicio, raciocinio, introspección y prospección, lo que compromete la capacidad de análisis, toma de decisiones y planificación.

En conjunto, el perfil observado es consistente con un compromiso neurocognitivo significativo, con impacto en el funcionamiento psicológico global.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

A partir de la información obtenida mediante observación directa estructurada, entrevista a los auxiliares de enfermería (informantes clave) y aplicación de escalas observacionales adaptadas, se evidencia un deterioro global del funcionamiento cognitivo, funcional y adaptativo, consistente con el diagnóstico de discapacidad intelectual asociada a deterioro neurocognitivo y limitación funcional severa.

Se identifican alteraciones significativas en los procesos de atención sostenida, memoria operativa, orientación y funciones ejecutivas, las cuales impactan de manera directa la capacidad de respuesta adaptativa frente al entorno, limitando su desempeño en actividades cotidianas y su nivel de autonomía.

En el área afectivo-emocional, se observa un estado de ánimo eutímico voluble; sin embargo, se evidencia limitación en la expresión emocional y en la iniciativa conductual, asociada a su condición cognitiva.

A nivel social, se identifica la interacción espontánea y participación en contextos grupales, con necesidad de inclusión y acompañamiento constante para la vinculación en actividades institucionales con el área de psicología y el apoyo de enfermería, lo que refleja dependencia del soporte externo para la activación social.

En el área funcional, se confirma un alto nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), requiriendo supervisión permanente y asistencia total, en coherencia con su condición física y cognitiva.

En conjunto, los hallazgos evidencian un compromiso global del funcionamiento psicológico, cognitivo y adaptativo, con impacto significativo en la autonomía y calidad de vida del residente.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
De acuerdo con la valoración psicológica, la observación clínica y los antecedentes reportados, el residente presenta un trastorno del neurodesarrollo compatible con discapacidad intelectual severa, asociado a deterioro funcional y cognitivo global, caracterizado por limitaciones significativas en el funcionamiento adaptativo, la comunicación y la autonomía. El cuadro clínico se asocia a un alto nivel de dependencia funcional, con compromiso en las áreas cognitiva, social y conductual, requiriendo apoyo permanente y supervisión continua para la realización de actividades básicas de la vida diaria.
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
• Implementar estrategias de estimulación cognitiva básica, orientadas al mantenimiento de habilidades preservadas (atención simple, reconocimiento, seguimiento de instrucciones). • Favorecer la participación en actividades psicosociales estructuradas, promoviendo la interacción social asistida y la reducción del aislamiento. • Fortalecer procesos de orientación a la realidad (persona, espacio y rutinas institucionales) mediante apoyos visuales, repetición y refuerzo verbal constante. • Brindar acompañamiento emocional continuo, favoreciendo la regulación afectiva y la expresión básica de necesidades emocionales. • Mantener rutinas estructuradas y predecibles, que faciliten la adaptación al entorno y reduzcan la desorganización conductual. • Articular con el equipo interdisciplinario, garantizando una atención integral centrada en el bienestar, la funcionalidad y la calidad de vida.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	German Sánchez Tovar
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	4.902.363
EDAD	90
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	08/07/1935
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin escolaridad
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Miguel Sánchez (Primo)
TELÉFONO	3106079461
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 14 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Adulto mayor en estado de alerta, tranquilo y clínicamente estable, con afecto eutímico durante el proceso de valoración.

A nivel de apariencia general, presenta adecuadas condiciones de higiene y arreglo personal, con aspecto acorde a su edad cronológica.

En relación con los procesos mentales superiores, se evidencia compromiso cognitivo significativo, con dificultades en la comunicación verbal y en la estructuración del discurso, lo que limita la interacción efectiva con el entorno.

A nivel de la región cefálica y sensorial, se identifican déficits visuales y auditivos, que inciden en su capacidad de percepción e interacción.

En la región orofacial, se observa edentulismo total.

Respecto a la movilidad y postura, presenta alteración en la marcha, lo que condiciona su desplazamiento y aumenta el riesgo de caídas.

En el área funcional, se evidencia dependencia física y cognitiva significativa, así como ausencia de control de esfínteres.

En conjunto, el residente muestra un alto nivel de dependencia, con requerimiento de apoyo permanente para la realización de actividades básicas y adaptación al entorno.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en manejo farmacológico vigente, administrado según prescripción médica y cobertura por EPS), con

	supervisión institucional.
Autonomía E Independencia	Se evidencia dependencia funcional total o significativa en las ABVD, requiriendo apoyo permanente para el desplazamiento, la ejecución de actividades cotidianas y supervisión continua por parte del personal cuidador.
Control De Esfínteres	Se encuentra no conservado

AREA FAMILIAR

El residente cuenta con registro de familiar de referencia (primo); sin embargo, no se evidencia contacto frecuente ni visitas periódicas, lo que sugiere una baja red de apoyo sociofamiliar activa y limitado acompañamiento familiar.

En este contexto, la institución Hogar San Matías se constituye en su principal red de soporte psicosocial, asumiendo un rol central en la provisión de cuidados integrales, contención emocional y satisfacción de necesidades básicas.

De esta manera, el entorno institucional cumple una función de sostén sustituto, favoreciendo la estabilidad, el cuidado continuo y el bienestar general del adulto mayor.

AREA SOCIAL

El residente presenta un marcado deterioro en la interacción social, evidenciando escasa capacidad de iniciativa para el contacto interpersonal y limitaciones importantes para vincularse de manera autónoma en el entorno institucional. Estas dificultades se relacionan con su condición cognitiva y sensorial de base, lo que reduce su nivel de participación y respuesta social.

Su involucramiento en actividades institucionales se da de forma dependiente y guiada, con tiempos de permanencia reducidos y necesidad de apoyo permanente del personal asistencial para la comprensión, ejecución y continuidad de las tareas.

En espacios grupales, su participación es reactiva y de baja espontaneidad, mostrando respuesta únicamente ante estimulación directa, con mínima iniciativa para la interacción con pares o cuidadores.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

Se evidencian limitaciones sensoriales de tipo auditivo y visual, que interfieren de manera significativa en la captación de estímulos ambientales y en los procesos de interacción comunicativa.

A nivel del lenguaje, se observa ausencia de comunicación verbal funcional, con compromiso severo tanto en la expresión como en la comprensión, lo que restringe la posibilidad de interacción efectiva con el entorno.

El pensamiento se caracteriza por un marcado empobrecimiento del contenido ideativo, asociado a

alteraciones en las funciones ejecutivas, afectando la capacidad de organización, respuesta y adaptación a las demandas externas.

En relación con la orientación, el residente se encuentra desorientado en tiempo y espacio, sin seguimiento de instrucciones básicas. Asimismo, se identifican compromisos importantes en memoria, así como en los procesos de introspección y proyección a futuro.

Los hábitos de sueño y alimentación según el personal asistencial se mantienen dentro de parámetros conservados según reporte del personal asistencial.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador).
-

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

El adulto mayor se encuentra en condición de fragilidad funcional y cognitiva avanzada, con dependencia casi total para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, requiriendo acompañamiento permanente y supervisión continua por parte del personal cuidador.

A nivel cognitivo, se evidencia un compromiso neuropsicológico significativo, caracterizado por alteraciones en la orientación, comunicación y capacidad de respuesta al entorno, lo que limita de forma marcada su autonomía e interacción funcional.

En el área de participación, se observa baja implicación y escasa sostenibilidad en actividades de estimulación, reduciendo las oportunidades de activación cognitiva y mantenimiento de habilidades residuales.

En relación con la red de apoyo, cuenta con un familiar de referencia; sin embargo, se identifica escasa vinculación y acompañamiento efectivo en el proceso institucional.

En el área conductual, según lo manifestado por el personal asistencial, no se reportan episodios de agresividad. Se observa un comportamiento general pasivo e inhibido, manteniéndose clínicamente estable en concordancia con su condición de base.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
Adulto mayor con diagnóstico de demencia senil, que cursa con deterioro cognitivo global severo, evidenciado en alteraciones significativas de la memoria, la orientación, la visión, el lenguaje y las funciones ejecutivas, lo que compromete de forma marcada su autonomía funcional. Se observa dependencia total para la realización de actividades básicas de la vida diaria, asociada a limitaciones sensoriales (visual y auditiva), alteraciones motoras y ausencia de control de esfínteres, lo que incrementa su nivel de vulnerabilidad. A nivel conductual y cognitivo, presenta ausencia de comunicación verbal funcional, empobrecimiento del pensamiento y respuesta mínima al entorno, en concordancia con su cuadro neurodegenerativo de base. El perfil clínico es consistente con un trastorno neurocognitivo mayor de curso progresivo, con necesidad de cuidado permanente, supervisión continua y abordaje interdisciplinario.
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
• Estimulación sensorial básica, orientada a la activación de respuestas auditivas, visuales y táctiles. • Estimulación cognitiva pasiva, enfocada en mantenimiento de funciones residuales mediante actividades simples y repetitivas. • Intervención de contención emocional, a través de acompañamiento constante y ambiente estructurado de baja carga estimular. • Mantenimiento de rutinas diarias estructuradas, favoreciendo la organización temporal básica y la disminución de la desorientación. • Acompañamiento permanente del personal asistencial, garantizando seguridad, supervisión y apoyo en todas las actividades de la vida diaria. • Fortalecimiento del vínculo familiar, promoviendo contacto indirecto o supervisado con red de apoyo disponible. • Trabajo interdisciplinario continuo, orientado a la preservación de la calidad de vida y prevención de complicaciones asociadas al deterioro cognitivo avanzado.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Jesús María Velázquez
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	4.927.147
EDAD	89
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	19/Febrero/1936 Rivera - Huila
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Reinel Velázquez (Sobrino)
TELÉFONO	3102441339
FECHA DE VALORACIÓN	Sábado 11de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Residente consciente, en estado de alerta (vigil), clínicamente estable. Durante la valoración se muestra tranquilo, con actitud colaboradora, adecuada disposición y receptividad frente al proceso evaluativo, evidenciando adherencia a las indicaciones y buena capacidad de escucha. Adecuada higiene y arreglo personal. Apariencia física acorde a la edad cronológica, con contextura delgada. Mantiene condiciones apropiadas de aseo y orden. Se evidencia limitación visual, lo cual puede incidir en la interacción con el entorno y en la ejecución de actividades cotidianas. Lenguaje verbal presente, de curso lento y tono bajo. La comunicación es funcional, con adecuada recepción de la información y comprensión de instrucciones simples. Desorientación en tiempo y espacio, con orientación conservada en persona (autopsíquica). Afecto eutímico, sin evidencia de labilidad emocional. Se observa estabilidad afectiva y adecuada regulación emocional durante la valoración. Atención con compromiso leve a moderado, evidenciándose limitación en la concentración sostenida. Se identifican alteraciones en funciones ejecutivas, así como en los procesos de introspección, prospección, juicio y raciocinio, lo que repercute en la capacidad de planificación, toma de decisiones y anticipación de consecuencias. Adulto mayor con dependencia para actividades de la vida diaria. Presenta compromiso en la marcha, asociado a rigidez muscular. Se observa disminución en la funcionalidad global. Presencia de edentulismo parcial (escasas piezas dentales) y ausencia de control de esfínteres, lo que incrementa la necesidad de apoyo y supervisión continua.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	Manejo farmacológico establecido según prescripción médica y cobertura por EPS, sin reporte de automedicación.
Autonomía E Independencia	Paciente con alto grado de dependencia funcional, con compromiso en la realización de las ABVD, requiriendo acompañamiento y supervisión permanente por parte de los auxiliares de enfermería para su desempeño cotidiano
Control De Esfínteres	No conservado (uso de Pañal)

AREA FAMILIAR
El residente presenta un referente familiar limitado, sin una red de apoyo social o familiar activa, lo que constituye un factor de vulnerabilidad psicosocial y emocional. La ausencia de visitas y acompañamiento externo incide en su bienestar y adaptación al entorno, por lo que actualmente se encuentra bajo medida de protección institucional que garantiza su cuidado y atención integral.
AREA SOCIAL
Adulto mayor que presenta compromiso en las habilidades sociales, evidenciado por baja iniciativa de interacción social espontánea y patrón de vinculación interpersonal restringido dentro del contexto institucional, este se logra por el apoyo del área de psicología y enfermería. A nivel de respuesta socioafectiva, se observan manifestaciones de agrado, interés y entusiasmo, particularmente en actividades individuales de tipo psicosocial, cognitivo y físico, en las cuales evidencia adecuada disposición, implicación activa y colaboración, sugiriendo conservación parcial de la motivación intrínseca en contextos estructurados, guía y apoyo por el equipo interdisciplinario. En el ámbito de interacción grupal, el residente logra participar en actividades colectivas; no obstante, dicha participación se encuentra condicionada a la presencia de estimulación externa, motivación dirigida y acompañamiento continuo por parte del equipo interdisciplinario, evidenciando dependencia de apoyos para la integración social. En conjunto, el perfil social refleja limitaciones en la autonomía relacional y en la iniciativa social, con mejor desempeño en entornos estructurados y guiados, requiriendo estrategias de intervención orientadas al fortalecimiento de la interacción social asistida y la participación progresiva en dinámicas grupales.
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL
El residente se encuentra en estado de conciencia vigil, con actitud tranquila, colaboradora y adecuada disposición frente al proceso de valoración. Presenta condiciones adecuadas de higiene y arreglo personal, con apariencia acorde a su edad cronológica. En el área cognitiva, se evidencia desorientación alopsíquica (tiempo y espacio), con orientación autopsíquica conservada. La atención se encuentra parcialmente comprometida, con dificultades en la concentración sostenida y tendencia a la distractibilidad. En cuanto a las funciones cognitivas superiores, se identifican alteraciones en funciones ejecutivas, incluyendo planificación, flexibilidad cognitiva y control inhibitorio, así como limitaciones en los procesos de juicio, raciocinio, introspección y prospección, lo que impacta la capacidad de toma de decisiones y anticipación de consecuencias. En el lenguaje, se observa producción verbal de curso lento y tono bajo, con comunicación funcional básica y adecuada comprensión de instrucciones simples, evidenciando conservación parcial de los procesos comprensivos. A nivel afectivo-emocional, presenta afecto eutímico, sin manifestaciones de labilidad emocional, sintomatología ansiosa o depresiva durante la valoración. Se evidencia adecuada regulación emocional en el contexto evaluativo.
TECNICAS DE VALORACION
• Observación directa estructurada • Entrevista a cuidadores (informantes clave) • Escalas observacionales adaptadas **Áreas evaluadas:** • Calidad de vida • Nivel funcional

- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

A partir de la información obtenida mediante observación directa estructurada, entrevista al personal asistencial (informantes clave) y registro institucional, se identifica un compromiso global del funcionamiento cognitivo, adaptativo y funcional, consistente con el diagnóstico de base de discapacidad intelectual.

Se evidencian alteraciones en procesos atencionales, orientación, memoria funcional y funciones ejecutivas, las cuales limitan la capacidad de respuesta adaptativa del residente frente a las demandas del entorno. Estas dificultades inciden directamente en su nivel de autonomía y en la ejecución de actividades de la vida diaria.

En el área emocional, se observa estabilidad afectiva, con predominio de estado de ánimo eutímico, lo cual actúa como factor protector dentro de su condición clínica. No se evidencian alteraciones conductuales significativas.

A nivel social, se confirma un patrón de interacción restringida, con baja iniciativa social y dependencia de apoyos externos para la participación en actividades grupales, aunque con adecuada respuesta en contextos estructurados.

En el área funcional, se evidencia dependencia significativa en ABVD, requiriendo acompañamiento, supervisión y asistencia continua, en coherencia con su condición física y cognitiva.

En conjunto, los hallazgos reflejan un deterioro global del funcionamiento psicológico, con impacto en la calidad de vida, autonomía y adaptación al entorno institucional.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

De acuerdo con la valoración psicológica, la observación clínica y los antecedentes reportados, el residente presenta un cuadro compatible con discapacidad intelectual, asociado a compromiso neurocognitivo global y deterioro del funcionamiento adaptativo.

El perfil clínico se caracteriza por limitaciones significativas en funciones cognitivas superiores, comunicación funcional, autonomía y habilidades sociales, con un nivel de dependencia funcional elevado, requiriendo supervisión permanente y apoyo continuo para la realización de AVD.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación cognitiva focalizada en atención, orientación y memoria funcional
- Intervención en funciones ejecutivas mediante actividades estructuradas y repetitivas
- Intervención psicosocial orientada al fortalecimiento de interacción social y participación grupal
- Activación conductual mediante actividades significativas individuales y grupales
- Acompañamiento emocional continuo y contención psicológica básica
- Psicoeducación a cuidador sobre manejo conductual, comunicación efectiva y apoyo en AVD Seguimiento interdisciplinario con enfoque geriátrico integral



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Modesta Trujillo
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	26.465.009
EDAD	87
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	24/Junio/1938
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin Dato
TELÉFONO	Sin Dato
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 13 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Residente femenina de 87 años con diagnóstico de base de discapacidad intelectual, en etapa avanzada del ciclo vital, que presenta compromiso cognitivo y funcional de tipo moderado a severo, con impacto significativo en su autonomía para la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Se evidencia alteración en la movilidad, con uso de silla de ruedas para desplazamiento, además de incontinencia esfinteriana (uso permanente de pañal). Presenta edentulismo, contextura corporal acorde a la edad y adecuada higiene personal bajo supervisión institucional.

Durante la valoración se encuentra en estado de alerta, con actitud pasiva frente a la interacción, requiriendo apoyo constante para la comprensión y ejecución de instrucciones.

En el examen del estado mental se evidencian alteraciones en lenguaje expresivo, con discurso pobre, disminución de coherencia y organización del pensamiento, así como compromiso de funciones cognitivas superiores (memoria, orientación, atención y funciones ejecutivas), compatibles con deterioro cognitivo asociado a su diagnóstico de base.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	En tratamiento farmacológico según prescripción médica vigente.
Autonomía E Independencia	Dependencia parcial a significativa para ABVD, con necesidad de apoyo permanente en autocuidado, higiene, vestido y supervisión en alimentación.
Control De Esfínteres	No conservada (Uso de Pañal)

AREA FAMILIAR
No se evidencia red de apoyo familiar activa ni registro de visitas, lo que indica ausencia de soporte sociofamiliar efectivo. La residente se encuentra en condición de vulnerabilidad psicosocial persistente, asociada a la falta de acompañamiento familiar. Actualmente, la institucional San Matías cumple función de soporte primario, garantizando la satisfacción de necesidades básicas, emocionales y sociales. En este sentido, la residente presenta dependencia total del cuidado institucional, el cual suple de manera permanente sus requerimientos de atención integral.
AREA SOCIAL
Se evidencian habilidades sociales limitadas, coherentes con su diagnóstico de base y nivel de funcionamiento cognitivo. La usuaria presenta participación asistida en actividades institucionales por psicología, requiriendo acompañamiento constante por parte del personal de apoyo. En el ámbito de la interacción social, se mantiene un nivel de vinculación estable y no significativo, sin observarse cambios relevantes en la iniciativa comunicativa, la reciprocidad social ni el establecimiento espontáneo de relaciones interpersonales dentro del entorno institucional.
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL
Durante la valoración, la paciente presenta estado de ánimo eutímico, sin evidencias observables de labilidad afectiva. En el examen del estado mental, se evidencia dificultad significativa para el seguimiento consistente de instrucciones, en el marco de su compromiso cognitivo de base. Se observa adecuada higiene personal y apariencia acorde a su etapa del ciclo vital. A nivel del lenguaje, se identifica disminución de la fluidez verbal y limitación en la capacidad expresiva, con discurso de contenido pobre. El curso del pensamiento se presenta desorganizado, con disminución en la riqueza ideativa. Se evidencian alteraciones en funciones cognitivas superiores, incluyendo compromiso de memoria, funciones ejecutivas, orientación e introspección, con desorientación global, así mismo presenta conductas agresivas a sus compañeros y personal asistencial.
TECNICAS DE VALORACION
• Observación directa estructurada • Entrevista a cuidadores (informantes clave) • Escalas observacionales adaptadas **Áreas evaluadas:** • Calidad de vida • Nivel funcional • Estado emocional (bienestar/malestar)

- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Los hallazgos evidencian a la residente con diagnóstico de discapacidad intelectual en etapa avanzada del ciclo vital, con compromiso severo del funcionamiento cognitivo y adaptativo, reflejado en alteraciones en memoria, lenguaje, orientación y funciones ejecutivas.

Se identifica dependencia funcional total, con requerimiento de apoyo permanente para la realización de ABVD y movilidad. El desempeño social es limitado, con interacción pasiva y baja iniciativa comunicativa.

A nivel emocional, se mantiene estabilidad afectiva sin indicadores de alteración del estado de ánimo. Sin embargo, se observa marcada vulnerabilidad psicosocial asociada a la ausencia de red de apoyo familiar, siendo la institución el principal sistema de contención y cuidado.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

- Discapacidad intelectual (diagnóstico de base)
- Deterioro cognitivo global severo asociado al curso del desarrollo evolutivo y envejecimiento
- Dependencia funcional total para ABVD.
- Incontinencia esfinteriana
- Vulnerabilidad psicosocial por ausencia de red de apoyo familiar
- Funcionamiento social limitado y pasivo

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación cognitiva básica orientada a atención, orientación y reconocimiento de estímulos cotidianos.
- Intervención de acompañamiento emocional mediante contención afectiva y presencia terapéutica.
- Activación de habilidades adaptativas residuales a través de actividades estructuradas y guiadas.
- Fortalecimiento del entorno institucional como red de apoyo primaria, garantizando estabilidad emocional y conductual.
- Intervención psicosocial interdisciplinaria, articulada con enfermería y trabajo social para seguimiento integral.
- Mantenimiento de rutinas estructuradas para favorecer estabilidad conductual y reducción de desorientación. Monitoreo periódico del estado mental y funcional, para identificación de cambios clínicos relevantes.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Isabel Suns Cuchimba
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	26.474.175
EDAD	92
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	07/Junio/1933 – PAEZ (Belalcazar/Cauca){ñ
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Datos
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Datos
ACUDIENTE	Dilia Villarreal-Sobrina
TELÉFONO	3155687216
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 13 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Residente en condición de dependencia funcional global, con compromiso significativo de la movilidad, requiriendo silla de ruedas para su desplazamiento. Presenta rigidez muscular, disminución de habilidades motrices y alteración en la coordinación de movimientos, lo que limita su autonomía física. Se evidencia edentulismo parcial y ausencia de control de esfínteres.

Mantiene adecuadas condiciones de higiene personal y presentación acorde a su edad, sin signos de negligencia en el autocuidado.

Durante la valoración se encuentra alerta, clínicamente estable, tranquila, colaboradora y receptiva, con capacidad para el seguimiento de instrucciones simples. Presenta lenguaje limitado, con respuestas básicas a estímulos y contacto visual conservado. Se encuentra orientada en persona, con compromiso en tiempo y espacio.

A nivel cognitivo, se evidencian alteraciones en funciones ejecutivas, memoria, juicio y raciocinio, con compromiso global del funcionamiento cognitivo. En el área emocional, se observa estado de ánimo eutímico, sin alteraciones afectivas relevantes.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	En tratamiento farmacológico vigente según prescripción médica y lineamientos establecidos por la EPS.
Autonomía E Independencia	Residente en condición de dependencia funcional global, con requerimiento de apoyo permanente para la realización de las ABVD, incluyendo asistencia de cuidador para su cuidado personal, movilidad y ejecución de actividades cotidianas.
Control De Esfínteres	No conservada (Uso de Pañal)

AREA FAMILIAR
Cuenta con red de apoyo familiar parcial, representada por su sobrina, quien se configura como un vínculo significativo de referencia afectiva, con presencia de contacto intermitente y no sistemático, lo que evidencia un soporte sociofamiliar limitado en frecuencia y continuidad, restringiendo su consolidación como red de apoyo estable y permanente. En este contexto, la Institución San Matías asume la función de soporte primario y continuo, garantizando la atención integral de la residente, mediante la satisfacción de necesidades básicas, emocionales, sociales y de cuidado. En consecuencia, la usuaria presenta dependencia total del cuidado institucional, el cual suple de manera permanente sus requerimientos de acompañamiento, asistencia y contención psicosocial.
AREA SOCIAL
La usuaria presenta un nivel de funcionamiento social básico, coherente con su condición cognitiva de base, con limitaciones en la autonomía para la interacción espontánea y el establecimiento de vínculos sociales complejos. Se evidencia disposición conductual positiva hacia la participación en actividades institucionales, especialmente cuando estas se encuentran estructuradas, mediadas y acompañadas por el equipo interdisciplinario, lo cual facilita su adherencia y respuesta a los espacios terapéuticos. Su participación se encuentra altamente mediada por la dependencia funcional motora, lo que restringe la ejecución autónoma de actividades ocupacionales y de integración. Sin embargo, mantiene una actitud cooperadora, receptividad al abordaje terapéutico y adecuada respuesta a la estimulación social dirigida, favoreciendo su inclusión dentro del contexto institucional.
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL
Durante la valoración, la usuaria se encuentra en estado de alerta, clínicamente estable, con actitud tranquila, colaboradora y receptiva frente al proceso de evaluación. Presenta adecuada disposición para la interacción, con capacidad para el seguimiento de instrucciones simples. En el examen del estado mental, se evidencia estado de ánimo eutímico, sin signos observables de alteraciones afectivas relevantes durante la valoración. A nivel cognitivo, se identifican alteraciones significativas en funciones mentales superiores, coherentes con su diagnóstico de base, evidenciando compromiso en memoria, atención, orientación, juicio, raciocinio y funciones ejecutivas, con limitación global del funcionamiento cognitivo. En el lenguaje, presenta expresión verbal limitada, con respuestas básicas a estímulos simples, manteniendo contacto visual durante la interacción, lo que sugiere preservación parcial de la respuesta

comunicativa no verbal.

En el área de orientación, se encuentra orientada en persona, con compromiso en las esferas de tiempo y espacio.

En conjunto, el perfil psicológico evidencia deterioro cognitivo global con preservación parcial de la respuesta conductual adaptativa y estabilidad emocional en el contexto institucional.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Los hallazgos evidencian residente en condición de dependencia funcional global, con compromiso significativo en la movilidad, el autocuidado y la autonomía para la realización de actividades básicas de la vida diaria. Se identifican alteraciones en funciones cognitivas superiores, consistentes con su diagnóstico de discapacidad intelectual y su etapa del ciclo vital, con impacto directo en su funcionamiento adaptativo.

En el área emocional, se observa estabilidad afectiva con estado de ánimo eutímico, sin indicadores de alteraciones psicopatológicas agudas. En el área social, presenta interacción básica, pasiva y dependiente de la mediación institucional.

Se evidencia además red de apoyo familiar parcial e intermitente, siendo la institución el principal sistema de soporte, contención y cuidado integral.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Usuaria adulta mayor con diagnóstico de base de discapacidad intelectual, con compromiso cognitivo global severo, evidenciado en alteraciones en memoria, atención, orientación, juicio y funciones ejecutivas. Presenta dependencia funcional total para actividades básicas de la vida diaria, con compromiso significativo de la movilidad, requiriendo silla de ruedas para su desplazamiento.

Se identifica incontinencia esfinteriana, limitaciones motoras y restricción importante en la autonomía física y funcional. A nivel psicosocial, presenta red de apoyo familiar parcial, siendo la institución el principal soporte de cuidado.
En el área emocional, se observa estabilidad afectiva sin alteraciones clínicas relevantes al momento de la valoración.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
• Implementación de estimulación cognitiva básica enfocada en atención, orientación y memoria funcional. • Intervención de contención emocional y acompañamiento psicológico continuo. • Fortalecimiento de conductas adaptativas residuales mediante actividades estructuradas y guiadas. • Promoción de participación en actividades institucionales terapéuticas y ocupacionales. • Acompañamiento interdisciplinario con enfermería y terapia ocupacional. • Mantenimiento de rutinas estructuradas para favorecer estabilidad conductual y emocional. Seguimiento del estado cognitivo, funcional y emocional.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Pilar Silva
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	1.075.325.792
EDAD	69
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/Enero/1957
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Dato
DIAGNOSTICO	Demencia
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	María Eugenia Y Fanny Ramirez (Hermanas)
TELÉFONO	312707019
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 13 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Adulto mayor que se encuentra clínicamente estable y en estado de alerta (vigil). Presenta adecuada condición de higiene y presentación personal, asociada al apoyo y cuidado institucional.

Se evidencia disminución significativa de piezas dentales, con posible compromiso de la funcionalidad masticatoria.

Marcha lenta, con inestabilidad y riesgo aumentado de caídas, lo que sugiere compromiso en la movilidad funcional.

Se observa ausencia de control de esfínteres, compatible con alteración en el control esfinteriano.

Durante la valoración presenta actitud predominantemente pasiva, con disposición cooperadora ante la intervención. Se evidencia compromiso cognitivo significativo, con dificultades en la comprensión y seguimiento de instrucciones.

En el lenguaje, se observa discurso no fluido, con baja coherencia y organización, lo cual interfiere en la comunicación funcional.

El pensamiento se caracteriza por ser concreto, empobrecido y con disminución de la capacidad de abstracción, sugiriendo deterioro de funciones cognitivas superiores.

Se observa estado de ánimo eutímico al momento de la valoración. Sin embargo, se registran antecedentes de conductas agresivas, lo que sugiere posible inestabilidad conductual en otros contextos.

El perfil observado es compatible con compromiso neurocognitivo significativo, con afectación global de

funciones ejecutivas, lenguaje y autonomía funcional, conservando estabilidad médica en el momento de la evaluación.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	La paciente se encuentra bajo manejo farmacológico según prescripción médica vigente y lineamientos de la EPS correspondiente.
Autonomía E Independencia	Se evidencia dependencia funcional para la realización de las ABVD, requiriendo acompañamiento y supervisión permanente por parte del cuidador institucional. En cuanto a la movilidad, presenta limitaciones funcionales que no demandan asistencia física constante para el desplazamiento, aunque sí requiere vigilancia continúa debido al riesgo aumentado de eventos adversos, como caídas.
Control De Esfínteres	No Conservada (uso de Pañal)

AREA FAMILIAR

La residente presenta un referente familiar limitado, sin una red de apoyo social o familiar activa, lo que constituye un factor de vulnerabilidad psicosocial y emocional. La ausencia de visitas y acompañamiento externo incide en su bienestar y adaptación al entorno, por lo que actualmente se encuentra bajo medida de protección institucional que garantiza su cuidado y atención integral.

AREA SOCIAL

El adulto mayor evidencia un compromiso en el funcionamiento psicosocial, caracterizado por una disminución en la interacción social y en la iniciativa para el establecimiento de vínculos interpersonales, en coherencia con el deterioro cognitivo asociado. Se observa participación limitada en actividades psicosociales, cognitivas y terapéuticas, incluso bajo acompañamiento estructurado y dirigido, lo cual sugiere baja adherencia terapéutica y reducción en la motivación intrínseca hacia la participación.

De igual forma, se identifican alteraciones en los procesos atencionales, específicamente en la atención sostenida y la concentración, lo que repercute en la capacidad de permanencia, seguimiento de consignas y finalización de tareas estructuradas. Estas dificultades inciden negativamente en su desempeño dentro de los espacios de intervención, limitando su integración funcional y su aprovechamiento de las actividades orientadas al mantenimiento y estimulación psicosocial.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

La residente presenta un compromiso neurocognitivo significativo compatible con diagnóstico de demencia, evidenciándose afectación global de funciones cognitivas superiores, especialmente en memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas y capacidad de abstracción.

A nivel cognitivo, se observan fallas en la orientación témporo-espacial y dificultades en la comprensión y procesamiento de información verbal, lo que interfiere en la ejecución de consignas simples y en la comunicación funcional. El pensamiento se caracteriza por ser concreto, empobrecido y con disminución

de la capacidad de organización lógica, evidenciando deterioro progresivo de las funciones ejecutivas.

En el área emocional, la paciente presenta un estado de ánimo predominantemente eutímico durante la valoración, con respuesta afectiva limitada y baja expresividad emocional. No obstante, se registran antecedentes de conductas disruptivas y episodios de agresividad, lo cual sugiere posible labilidad emocional y desregulación conductual en otros contextos, asociados al deterioro neurocognitivo.

A nivel conductual, se observa actitud pasiva con disposición cooperadora intermitente, limitada iniciativa y escasa motivación intrínseca para la participación en actividades terapéuticas.

En términos generales, el perfil psicológico es consistente con un deterioro cognitivo mayor, con afectación en la autonomía psíquica, la regulación emocional y el funcionamiento adaptativo, requiriendo acompañamiento permanente y estrategias de intervención estructuradas y repetitivas para favorecer la estabilidad conductual y el mantenimiento funcional.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Los hallazgos obtenidos mediante observación clínica, reporte de cuidadores y evaluación funcional evidencian un deterioro neurocognitivo de tipo progresivo, compatible con un cuadro de demencia, con afectación global de las funciones mentales superiores.

Se identifica compromiso significativo en atención sostenida, memoria reciente, lenguaje expresivo y comprensivo, así como en funciones ejecutivas, lo que repercute directamente en la autonomía funcional y la adaptación al entorno. Las dificultades cognitivas impactan de manera directa la capacidad de aprendizaje, seguimiento de instrucciones y participación activa en actividades terapéuticas.

En el área emocional y conductual, se observa estabilidad afectiva basal con posibles episodios de desregulación conductual, lo que requiere monitoreo constante. El bajo nivel de iniciativa, sumado a la dependencia funcional, sugiere deterioro avanzado del funcionamiento psicosocial.

En conclusión, el perfil es consistente con un compromiso neurocognitivo mayor que genera dependencia funcional total o casi total, requiriendo supervisión permanente, estimulación cognitiva estructurada y

contención psicosocial continua

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

De acuerdo con la valoración clínica y el funcionamiento observado, los hallazgos son compatibles con:

- Trastorno neurocognitivo mayor (Demencia) con compromiso global de funciones cognitivas, conductuales y funcionales.
- Dependencia funcional para actividades básicas de la vida diaria.
- Alteración en el control de esfínteres.
- Riesgo psicosocial asociado a aislamiento y limitada red de apoyo familiar activa.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- **Estimulación cognitiva estructurada:** implementación de actividades orientadas al mantenimiento de atención, memoria y orientación, con consignas simples, repetitivas y de alta estructuración.
- **Intervención psicosocial:** promoción de espacios de interacción guiada para favorecer la socialización y reducir el aislamiento institucional.
- **Manejo conductual:** establecimiento de estrategias de contención verbal, redirección conductual y prevención de episodios de agitación o agresividad.
- **Acompañamiento emocional:** fortalecimiento del bienestar emocional mediante intervención centrada en validación afectiva y contención psicológica.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Asunción Silva Hurtado
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	17.150.622
EDAD	81
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	08/Marzo/1945
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Básica Primaria
DIAGNOSTICO	Esquizofrenia
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Fanny Silva (Hermana)
TELÉFONO	3114669761
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 13 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Residente consciente, en estado de alerta (vigil), clínicamente estable. Durante la valoración se muestra receptivo, colaborador y con adecuada disposición frente al proceso evaluativo. Presenta adecuada higiene y arreglo personal, con apariencia acorde a la edad cronológica.

El lenguaje verbal es de curso lento, con tono de voz bajo y prosodia disminuida, evidenciando pobreza ideativa (alogia). Mantiene contacto visual adecuado.

Se encuentra parcialmente orientado en las tres esferas, con mayor compromiso en la orientación temporal.

A nivel afectivo, presenta afecto eutímico con episodios ocasionales de labilidad emocional, sin signos de descompensación.

La atención evidencia disminución en su componente sostenido, con presencia de distractibilidad.

Conducta motora enlentecida. Se muestra colaborador, sin conductas agresivas, con ocasionales respuestas oposicionistas leves.

En cuanto a funcionalidad, presenta independencia parcial en actividades básicas, requiriendo apoyo en higiene personal y vestido.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	Residente en manejo farmacológico activo, de acuerdo con prescripción médica vigente y bajo cobertura de la Entidad

	Promotora de Salud (EPS).
Autonomía E Independencia	Independencia en alimentación, con requerimiento de apoyo parcial en higiene y vestido.
Control De Esfínteres	Conservado, sin presencia de episodios de incontinencia, lo cual es consistente con un adecuado nivel de control fisiológico y funcional.

AREA FAMILIAR

El residente cuenta con red de apoyo familiar activa, evidenciada por la presencia de vínculo significativo con figura fraterna (hermana), quien realiza visitas de manera periódica.

Se observa mantenimiento de lazos sociofamiliares funcionales, lo cual favorece el soporte emocional, la contención afectiva y el bienestar psicosocial del adulto mayor. La frecuencia de contacto sugiere un nivel adecuado de involucramiento familiar, constituyéndose en un factor protector dentro de su proceso de envejecimiento y adaptación al entorno institucional.

AREA SOCIAL

El residente presenta interacción social conservada, aunque con baja iniciativa espontánea.

La participación en actividades grupales es variable, mostrando mejor desempeño en contextos estructurados y con acompañamiento directo por el área de psicología y personal asistencial. Se evidencia mayor adherencia a actividades individuales.

Requiere apoyo externo para fortalecer habilidades sociales y promover mayor integración.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

En el área cognitiva, se encuentra parcialmente orientado, con compromiso en orientación temporal.

La atención presenta alteración leve, especialmente en la sostenida, con tendencia a la distractibilidad.

En memoria, se evidencian dificultades en eventos recientes, con adecuada conservación de memoria remota e información personal.

El lenguaje presenta alogia y baja producción verbal, sin alteraciones formales graves del pensamiento.

A nivel emocional, presenta eutimia con labilidad ocasional, especialmente ante demandas inmediatas.

En el área conductual, se observa adecuada cooperación, sin agresividad, con ocasionales respuestas oposicionistas leves.

El perfil es consistente con esquizofrenia con predominio de síntomas negativos, sin sintomatología positiva activa.
El perfil es consistente con esquizofrenia con predominio de síntomas negativos, asociado a compromiso leve en funciones cognitivas específicas.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se evidencia un funcionamiento cognitivo global relativamente conservado, con compromiso en atención sostenida y memoria reciente.

Se identifican características de sintomatología negativa (alogia, enlentecimiento psicomotor y baja iniciativa), que impactan la interacción y participación social.

A nivel emocional, el residente presenta estabilidad afectiva con labilidad ocasional.

En el área funcional, mantiene independencia parcial en ABVD, requiriendo apoyo en actividades específicas como higiene y vestido.

A nivel social, presenta interacción conservada, pero con participación grupal variable y mejor desempeño en contextos estructurados.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
• Esquizofrenia (diagnóstico de base) • Predominio de sintomatología negativa (alogia, bradipsiquia, retraimiento social) • Funcionamiento cognitivo básico conservado • Autonomía funcional en ABVD • Habilidades sociales limitadas con dependencia parcial de apoyos externos
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
• **Estimulación cognitiva leve**, orientada al mantenimiento de funciones atencionales y procesamiento de la información. • **Intervención en sintomatología negativa**, mediante activación conductual y fortalecimiento de la iniciativa. • **Entrenamiento en habilidades sociales**, promoviendo la interacción progresiva en contextos grupales estructurados. • **Fomento de la participación en actividades ocupacionales**, priorizando aquellas de interés individual como punto de entrada a dinámicas grupales. • **Acompañamiento emocional y seguimiento clínico**, para identificación temprana de posibles signos de descompensación. • **Psicoeducación familiar**, orientada al fortalecimiento del apoyo sociofamiliar y adherencia al tratamiento. • **Articulación interdisciplinaria**, garantizando abordaje integral centrado en la funcionalidad y calidad de vida del residente.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Marleny Saavedra Losada
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	1.075.325.777
EDAD	78
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	Enero/01/1957
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Rafael Barreto – Yerno
TELÉFONO	3143956725
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 14 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Usuaria en etapa de adulto mayor, en estado de alerta, tranquila y clínicamente estable, con afecto eutímico durante el proceso de valoración. Se muestra con actitud pasiva pero colaboradora, con adecuada disposición frente a la entrevista. A nivel de apariencia general, presenta buenas condiciones de higiene y arreglo personal, con imagen acorde a su edad cronológica. En la región cefálica y oral, se evidencia edentulismo parcial (escasas piezas dentales), sin que esto impida de manera significativa la valoración clínica general. En el área de comunicación y procesos mentales superiores, se observan dificultades en la estructuración del lenguaje, con limitaciones para mantener un discurso coherente y sostenido, lo que interfiere en la interacción comunicativa. En relación con la movilidad y sistema musculoesquelético, deambula de forma independiente, con marcha lenta y riesgo de caídas, por lo que requiere supervisión durante la movilización. A nivel funcional, presenta control de esfínteres conservado y contextura física acorde a su edad. En conjunto, se evidencia un estado general estable, con limitaciones funcionales leves a moderadas en comunicación y movilidad, que requieren acompañamiento preventivo y supervisión en el entorno.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	La residente se encuentra en manejo farmacológico vigente, administrado conforme a prescripción médica y cobertura de la EPS.

Autonomía E Independencia	Presenta dependencia funcional para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, requiriendo acompañamiento y apoyo en su ejecución.
Control De Esfínteres	Se encuentra conservado

AREA FAMILIAR

Se identifica ausencia de red de apoyo familiar activa, sin evidencia de visitas recientes ni contacto significativo, lo cual incrementa la condición de vulnerabilidad psicosocial del residente y refuerza la necesidad de acompañamiento permanente.

En este sentido, la institución Hogar San Matías asume el rol de principal referente de soporte integral, garantizando la atención continua de sus necesidades básicas, así como la contención emocional y el acompañamiento en el proceso de cuidado.

De esta manera, el entorno institucional se consolida como un sistema de apoyo sustituto, favoreciendo la estabilidad emocional, funcional y el bienestar general del adulto mayor.

AREA SOCIAL

Se evidencia compromiso marcado de las habilidades de interacción social, con disminución de la iniciativa relacional y limitaciones en la vinculación espontánea dentro del entorno institucional, en coherencia con su deterioro neurocognitivo de base.

Durante la ejecución de actividades psicosociales y terapéuticas, se observa mejor respuesta conductual en contextos altamente estructurados, con mediación directa del personal asistencial, consignas simples y acompañamiento continuo, lo cual incrementa su nivel de participación funcional.

Estos hallazgos sugieren que la intervención guiada actúa como modulador del desempeño socioadaptativo, por lo que se recomienda mantener estrategias de estimulación social estructurada, orientadas a favorecer la adherencia, la activación conductual y la preservación de habilidades interpersonales residuales.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

A nivel afectivo, se observa estado de ánimo eutímico, sin registro de conductas heteroagresivas según antecedentes y observación clínica.

En la apariencia general, presenta condiciones de higiene y arreglo personal acordes a su etapa del ciclo vital. Mantiene contacto ocular adecuado durante la interacción.

En el lenguaje, se evidencia producción verbal limitada, con emisión de palabras sueltas y escasa organización del discurso, lo cual dificulta la comunicación funcional. El contenido del pensamiento se muestra concreto, con pobreza ideativa.

En el plano cognitivo, se identifican alteraciones en funciones mentales superiores, con compromiso de funciones ejecutivas, memoria reciente, introspección y capacidad de proyección futura. Se encuentra orientada en persona, con desorientación en tiempo y espacio.

La atención se presenta fluctuante, con variaciones en su capacidad de concentración durante la interacción.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador).

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

En el componente cognitivo, el perfil del residente es consistente con un compromiso significativo de las funciones mentales superiores, en el marco de su diagnóstico de discapacidad intelectual, lo cual impacta de manera directa su autonomía funcional y su capacidad de interacción socioadaptativa.

A nivel afectivo y conductual, se evidencia estabilidad emocional y clínica, lo que favorece su adaptación al entorno institucional y a las rutinas establecidas, sin presencia de descompensaciones comportamentales relevantes.

En el área funcional, se identifica una respuesta positiva ante actividades asistidas y estructuradas, lo que sugiere la existencia de capacidades residuales conservadas, susceptibles de fortalecimiento mediante procesos de estimulación e intervención psicológica sistemática.

Finalmente, la ausencia de red de apoyo familiar activa constituye un factor de riesgo psicosocial importante, que refuerza la necesidad de acompañamiento institucional continuo y abordaje interdisciplinario permanente.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Usuaria adulta mayor con diagnóstico de discapacidad intelectual, que cursa con compromiso cognitivo global de carácter moderado, evidenciado en alteraciones en la atención, memoria y funciones ejecutivas, lo que afecta su capacidad de organización, adaptación al entorno y desempeño en actividades cotidianas.

Se observa dependencia funcional para la realización de ABVD, asociada a limitaciones en la estructuración del pensamiento y en la respuesta adaptativa frente a las demandas del entorno.

A nivel afectivo y conductual, presenta estabilidad emocional general, sin evidencia de

descompensaciones clínicas o conductas disruptivas significativas al momento de la valoración.

El perfil clínico es compatible con un trastorno del neurodesarrollo con deterioro funcional asociado a la edad, que requiere acompañamiento permanente, intervención interdisciplinaria y estrategias de estimulación cognitiva y funcional continua.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación cognitiva estructurada, orientada al fortalecimiento de atención, memoria y funciones ejecutivas básicas.
- Intervención en habilidades adaptativas, favoreciendo la ejecución progresiva de actividades de la vida diaria con apoyo guiado.
- Estimulación de la orientación temporo-espacial, mediante rutinas fijas, repetición y apoyos externos visuales.
- Acompañamiento emocional continuo, promoviendo contención, seguridad psicológica y reducción de la desorientación.
- Intervención en habilidades sociales, mediante actividades grupales estructuradas con acompañamiento del equipo interdisciplinario.
- Mantenimiento de rutinas institucionales, con instrucciones claras, concretas y de baja complejidad.
- Fortalecimiento del soporte institucional, garantizando supervisión permanente y cuidado integral debido a la ausencia de red familiar activa.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Jose Eustacio Rivera
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.075.325.794
EDAD	71
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/Enero/1954
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	SOLTERO
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin Dato
TELÉFONO	Sin Dato
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 14 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Residente en estado de alerta, clínicamente estable, con afecto eutímico durante el proceso de valoración. Se muestra colaborador, receptivo y con adecuada disposición frente a la interacción, evidenciando seguimiento de instrucciones básicas.

A nivel de apariencia general, presenta adecuadas condiciones de higiene y presentación personal, con aspecto acorde a su edad cronológica y contextura corporal delgada.

En la región cefálica y sensorial, se identifica compromiso auditivo, lo que condiciona la modalidad de interacción, predominando la comunicación no verbal.

En la región orofacial, se evidencia edentulismo total, sin repercusión observable en el proceso de valoración.

En el componente cognitivo-comunicativo, se infieren alteraciones en funciones mentales superiores, con limitaciones en la expresión verbal y en el procesamiento de la información.

En cuanto al sistema músculo-esquelético, presenta marcha lenta asociada a rigidez muscular, lo que puede impactar su desplazamiento y funcionalidad.

A nivel funcional, mantiene control de esfínteres conservado y condiciones generales de orden adecuadas.

En conjunto, el residente presenta un estado general estable, con limitaciones sensoriales, motoras y cognitivas, que requieren acompañamiento y ajustes en la interacción y el cuidado.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en tratamiento farmacológico activo, administrado conforme a indicación médica y bajo cobertura de la EPS.
Autonomía E Independencia	Se evidencia autonomía funcional en la ejecución de las ABVD, sin requerimiento de apoyo permanente para su realización.
Control De Esfínteres	Se encuentra conservado.

AREA FAMILIAR

El residente no cuenta con red de apoyo sociofamiliar activa, sin registro de vínculos externos significativos ni acompañamiento por parte de familiares.

En este contexto, la institución asume el rol de principal agente de soporte integral, garantizando la cobertura de sus necesidades básicas, así como la contención emocional y el acompañamiento psicosocial de manera continua.

De esta forma, el entorno institucional se constituye como su sistema de apoyo predominante, favoreciendo la estabilidad, el cuidado permanente y el bienestar general del adulto mayor.

AREA SOCIAL

El residente presenta un nivel funcional adecuado de interacción social, acorde a sus capacidades, con disposición para la vinculación dentro del entorno institucional.

Se evidencia progresión en la participación en actividades programadas, reflejada en mayor iniciativa, continuidad y compromiso en espacios de estimulación psicosocial, cognitiva y física.

Durante dichas actividades, adopta una actitud proactiva, cooperativa y receptiva a la orientación del personal, mostrando respuesta adaptativa favorable, lo que contribuye al fortalecimiento de sus habilidades sociales y a su integración en la dinámica institucional.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

En la esfera mental, se identifica un estilo comunicativo predominantemente no verbal, condicionado por su limitación auditiva, lo que interfiere en la interacción socio-comunicativa y en el acceso a estímulos del entorno. Se evidencia desorientación temporal, con capacidad atencional relativamente preservada dentro de su nivel funcional.

Desde el componente cognitivo, se observan alteraciones en funciones ejecutivas superiores, así como en los procesos de introspección, prospección, juicio y razonamiento, en coherencia con su condición de base. Estas dificultades repercuten en la autorregulación conductual, la resolución de problemas y la adaptación a las exigencias del contexto.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

El residente se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosocial, asociada a la ausencia de una red de apoyo externa, lo que incrementa la dependencia del entorno institucional como principal fuente de soporte integral.

En el plano funcional, conserva autonomía en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, manteniendo un nivel de independencia acorde a sus capacidades actuales. A nivel cognitivo, se identifican limitaciones consistentes con su diagnóstico de base, sin presencia de descompensaciones conductuales recientes ni manifestaciones de agresividad, según reporte del personal asistencial.

Cabe destacar una evolución positiva en el componente socioadaptativo, reflejada en el aumento progresivo de la participación en actividades institucionales. Este aspecto constituye un factor favorecedor para la estimulación cognitiva y emocional, así como para el fortalecimiento de los procesos de adaptación al entorno.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Adulto mayor con diagnóstico de discapacidad intelectual, que presenta compromiso en el funcionamiento cognitivo global, evidenciado en alteraciones de funciones ejecutivas, juicio, razonamiento y orientación temporal, lo que incide en su capacidad de adaptación y respuesta a las demandas del entorno.

A pesar de dichas limitaciones, conserva autonomía funcional en actividades básicas de la vida diaria y muestra estabilidad emocional, sin presencia de conductas disruptivas. Se identifican además limitaciones sensoriales (déficit auditivo) que condicionan su comunicación, predominantemente no verbal.

El perfil clínico es compatible con un trastorno del neurodesarrollo en fase crónica, con requerimiento de acompañamiento institucional continuo, orientado al mantenimiento de habilidades residuales, fortalecimiento de la adaptación sociofuncional y promoción de la calidad de vida.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
• Implementación de programas de estimulación cognitiva, dirigidos al fortalecimiento de funciones ejecutivas, atención y orientación temporal, mediante actividades estructuradas y repetitivas. • Favorecimiento de la comunicación funcional, a través del uso de apoyos visuales, gestuales y estrategias de comunicación alternativa, considerando su limitación auditiva. • Entrenamiento en habilidades adaptativas, promoviendo la autonomía y el mantenimiento de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria. • Estimulación de la orientación temporo-espacial, mediante el uso de rutinas estructuradas, claves visuales y reforzadores ambientales. • Promoción de la participación en actividades psicosociales, cognitivas y recreativas, con el fin de fortalecer habilidades sociales, motivación y adaptación institucional. • Acompañamiento emocional continuo, orientado a favorecer la estabilidad afectiva y la seguridad psicológica dentro del entorno institucional. • Estructuración del ambiente, garantizando consignas claras, simples y repetitivas, que faciliten la comprensión y ejecución de tareas. • Seguimiento interdisciplinario permanente, enfocado en la preservación de la funcionalidad, prevención del deterioro y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta la ausencia de red de apoyo familiar externa.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	María Eneria Quiñones Males
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	26.563.409
EDAD	78
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	17/Febrero/1947
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	OMAIRA QUIÑONES – HIJA
TELÉFONO	3114926493
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 14 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Durante el proceso de valoración, la usuaria se presenta en estado de alerta, tranquila y clínicamente estable, con afecto eutímico al momento de la evaluación, sin manifestaciones afectivas agudas; no obstante, según lo reportado por el personal asistencial, presenta antecedentes de conductas agresivas.

En relación con la apariencia general, se observan condiciones adecuadas de higiene y arreglo personal, con aspecto congruente con su edad cronológica y contextura física conservada.

A nivel de la región cefálica y orofacial, se evidencia edentulismo parcial, sin impacto significativo en la valoración clínica. En el componente cognitivo-comunicativo, se evidencian dificultades en la organización y coherencia del discurso, lo que restringe la interacción verbal funcional; en este contexto, la usuaria recurre de manera complementaria al uso de gestos y señas como estrategia comunicativa. Asimismo, se identifican indicadores compatibles con compromiso cognitivo, que afectan el procesamiento de la información y la estructuración del pensamiento.

En cuanto al sistema musculoesquelético y funcionalidad, la usuaria deambula de manera independiente, con marcha lenta y riesgo incrementado de caídas, por lo que requiere supervisión durante el desplazamiento. El control de esfínteres se encuentra conservado.

Durante la interacción, adopta una actitud pasiva, aunque colaboradora frente a las indicaciones, evidenciando disposición parcial para el desarrollo de la valoración**.**

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	La usuaria se encuentra en manejo farmacológico activo, administrado conforme a indicación médica vigente y bajo cobertura del sistema de salud (EPS).
Autonomía E Independencia	Se evidencia compromiso en la autonomía funcional, presentando dependencia para la ejecución de las ABVD, por lo que requiere apoyo

	continuo del cuidador y supervisión permanente para su adecuada realización.
Control De Esfínteres	Se encuentra conservado, sin alteraciones reportadas.

AREA FAMILIAR

Se evidencia carencia de una red de apoyo sociofamiliar activa, sin registro de contacto frecuente ni visitas por parte de familiares u otras figuras significativas, lo que incrementa su nivel de vulnerabilidad y la necesidad de acompañamiento continuo en el ámbito institucional.

Esta situación configura un contexto de riesgo psicosocial, al no disponer de referentes externos que aporten soporte afectivo, social o económico. No obstante, la institución Hogar San Matías asume un papel central como principal sistema de apoyo, garantizando la atención integral y sostenida de sus necesidades básicas, emocionales y sociales.

En consecuencia, el entorno institucional actúa como red de sostén sustituta, proporcionando contención, cuidado permanente y acompañamiento, lo que contribuye a la estabilidad, el bienestar y la calidad de vida de la usuaria.

AREA SOCIAL

Se evidencia un funcionamiento sociointeraccional limitado, en correspondencia con su condición cognitiva, manifestado en baja iniciativa para el establecimiento de vínculos de manera autónoma dentro del entorno institucional.

No obstante, bajo la mediación y acompañamiento del área de psicología, la usuaria logra vincularse a actividades de carácter psicosocial y terapéutico, evidenciando una actitud receptiva, mayor disposición a la participación y una respuesta adaptativa acorde con sus capacidades funcionales, lo que favorece su proceso de estimulación y ajuste al entorno institucional.

En este sentido, la participación guiada se constituye como un recurso terapéutico relevante, por lo que se recomienda fortalecer y dar continuidad a su inclusión en este tipo de espacios, promoviendo la adherencia, la activación conductual y la estimulación de habilidades conservadas, contribuyendo así a su bienestar integral.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

Durante la valoración, la usuaria establece contacto visual funcional; no obstante, se evidencia ausencia de lenguaje verbal, por lo que la comunicación se realiza exclusivamente mediante gestos y señas, constituyéndose en su principal modalidad de interacción con el entorno.

En el ámbito cognitivo, se evidencian alteraciones en funciones mentales superiores, particularmente en funciones ejecutivas, memoria y en los procesos de introspección y prospección. La usuaria se encuentra desorientada en las tres esferas de orientación: personal, espacial y temporal, lo que refleja un compromiso global en la capacidad de ubicación de sí misma y del entorno. La atención se caracteriza por ser lábil, con fluctuaciones en la capacidad de focalización y mantenimiento de la concentración.

En relación con funciones básicas, se reporta conducta alimentaria conservada; sin embargo, se evidencian dificultades en la conciliación y mantenimiento del sueño, según lo referido por el personal asistencial.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

De acuerdo con el desempeño evidenciado y el puntaje obtenido en la escala (14/40), la usuaria se ubica en un nivel de dependencia moderada, lo que refleja un compromiso relevante en las áreas cognitiva, comunicativa y de orientación, en coherencia con su diagnóstico de discapacidad intelectual.

En el componente cognitivo, se identifican alteraciones de carácter global que comprometen la memoria, las funciones ejecutivas y la orientación en las tres esferas (persona, tiempo y espacio), limitando de manera significativa su capacidad de adaptación y respuesta a las demandas del entorno. La ausencia de lenguaje verbal funcional, compensada mediante el uso exclusivo de gestos y señas, constituye un indicador de afectación en la competencia comunicativa, condicionando su interacción social y la expresión de necesidades.

En el ámbito atencional, se evidencian dificultades en la capacidad de focalización y mantenimiento de la atención, con tendencia a la distractibilidad, lo que incide negativamente en la ejecución de actividades y en la adherencia a procesos de estimulación. En la esfera socioemocional, si bien durante la valoración se observa estabilidad clínica, se reportan antecedentes de conductas agresivas, lo que hace necesario el seguimiento continuo y la implementación de estrategias de regulación y contención emocional.

En el plano funcional, la usuaria conserva parcialmente su independencia, especialmente en actividades como la alimentación y la movilidad; no obstante, requiere apoyo en tareas de autocuidado, lo cual reafirma su nivel de dependencia moderada.

Finalmente, la ausencia de una red de apoyo sociofamiliar activa constituye un factor de riesgo psicosocial significativo, posicionando al entorno institucional como el principal sostén para la atención integral, la contención emocional y la implementación de intervenciones orientadas a la preservación de habilidades y mejora de su calidad de vida.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Residente con diagnóstico de discapacidad intelectual, que cursa con deterioro cognitivo global de moderado a severo, evidenciado en alteraciones significativas en funciones ejecutivas, memoria, orientación y lenguaje (ausencia de comunicación verbal funcional).

El perfil clínico refleja un compromiso importante en la autonomía y en la capacidad de interacción con el entorno, requiriendo apoyo permanente y supervisión en actividades de la vida diaria. La comunicación se encuentra limitada a canales no verbales (gestos y señas), lo que restringe la expresión de necesidades y la comprensión del medio.

A nivel conductual, se mantiene actualmente estable, aunque con antecedentes de episodios de agresividad, lo cual requiere monitoreo continuo. El cuadro es compatible con un trastorno del neurodesarrollo de curso crónico, con deterioro funcional asociado a la edad y necesidad de abordaje interdisciplinario permanente.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Implementación de programas de estimulación cognitiva básica, enfocados en el mantenimiento de funciones residuales (atención, memoria y orientación), mediante actividades repetitivas, estructuradas y de baja complejidad.
- Fortalecimiento de la comunicación funcional a través del uso sistemático de estrategias de comunicación alternativa y aumentativa (gestual, visual y señalética), facilitando la expresión de necesidades y la comprensión del entorno.
- Intervención en habilidades adaptativas, promoviendo la participación progresiva en actividades básicas de la vida diaria con apoyo supervisado.
- Establecimiento de rutinas estructuradas que favorezcan la orientación temporo-espacial y reduzcan la desorganización cognitiva.
- Acompañamiento emocional continuo, orientado a la contención afectiva, prevención de conductas agresivas y fortalecimiento de la estabilidad conductual.
- Promoción de la participación en actividades psicosociales guiadas, con el fin de estimular habilidades sociales, mejorar la adaptación institucional y favorecer el bienestar emocional.
- Seguimiento interdisciplinario permanente, orientado a la prevención del deterioro, mantenimiento de la funcionalidad y optimización de la calidad de vida.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Leonardo Pérez
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	12.267.552
EDAD	71
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	15/Sept/1954
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Esquizofrenia
ESTADO CIVIL	Sin Dato
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Gloria Lagos (Sobrina)
TELÉFONO	3108952116
FECHA DE VALORACIÓN	Jueves 16 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Residente con apariencia general conservada, adecuada higiene y presentación personal, con somatotipo delgado acorde a su etapa del ciclo vital. Durante la valoración se encuentra en estado de alerta, clínicamente estable, con actitud receptiva y parcialmente colaboradora, evidenciando afecto eutímico.

A nivel cefálico y orofacial, se observa edentulismo parcial. En el componente comunicativo, se identifica compromiso significativo del lenguaje, caracterizado por producción verbal mínima o ausente, con predominio de comunicación no verbal limitada, evidenciándose escaso uso de gestos o señas, lo que restringe de manera importante la interacción y la expresión de necesidades.

En el ámbito funcional, el residente requiere apoyo técnico para la movilidad, haciendo uso de silla de ruedas para su desplazamiento, lo que refleja limitaciones en la autonomía motora. Asimismo, presenta incontinencia de esfínteres, por lo que requiere asistencia y supervisión permanente en actividades de autocuidado.

En conjunto, el residente se mantiene clínicamente estable, con compromiso relevante en las áreas funcional y comunicativa, lo que hace necesario el acompañamiento continuo por parte del equipo interdisciplinario.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en manejo farmacológico activo, administrado conforme a prescripción médica vigente y bajo cobertura del sistema de salud (EPS).
Autonomía E Independencia	Se evidencia compromiso en la autonomía funcional, con dependencia en la ejecución de las ABVD, requiriendo apoyo continuo y supervisión permanente por parte del personal asistencial. La movilidad se

	encuentra limitada, realizando desplazamientos mediante el uso de silla de ruedas, lo que refuerza la necesidad de asistencia en su funcionamiento cotidiano.
Control De Esfínteres	No conservado

AREA FAMILIAR

El adulto mayor presenta una red de apoyo sociofamiliar restringida. Se encuentra registrada como referente una sobrina; no obstante, se evidencia escasa vinculación y bajo nivel de acompañamiento por parte de esta figura, sin registro de visitas recientes según información institucional y reportes del personal asistencial.

En consecuencia, se identifica una limitada presencia de soporte familiar externo, lo que incrementa su grado de dependencia del entorno institucional. En este contexto, la institución asume el rol de principal sistema de apoyo, garantizando de manera continua la cobertura de sus necesidades básicas, así como el acompañamiento emocional y social requerido para su bienestar integral.

AREA SOCIAL

El adulto mayor presenta un repertorio de habilidades sociales reducido, en coherencia con su condición clínica, lo que se manifiesta en baja iniciativa para la interacción y dificultades para vincularse de manera espontánea en contextos grupales. Se evidencia participación limitada en actividades individuales y colectivas, con escasa permanencia y predominio de una actitud pasiva frente a las dinámicas institucionales.

No obstante, mediante la mediación activa, motivación constante y acompañamiento estructurado por parte del área de psicología y el personal asistencial, logra involucrarse en actividades de carácter psicosocial, cognitivo, físico y recreativo, mostrando mayor disposición y disfrute dentro de sus capacidades. En este sentido, requiere guía continua y supervisión directa para favorecer su integración, participación sostenida y estimulación de habilidades sociales residuales.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

Se evidencia un curso del pensamiento empobrecido, con reducción significativa del contenido ideativo y limitada capacidad de elaboración cognitiva. Durante la interacción, mantiene contacto visual funcional, aunque con respuestas disminuidas y escasa reciprocidad comunicativa.

A nivel psicomotor, se observa enlentecimiento de la actividad motora. En el plano cognitivo, presenta desorientación global, con compromiso en la atención y la concentración, evidenciando fluctuaciones en la capacidad de focalización. Asimismo, se identifican alteraciones en los procesos mnésicos, introspectivos y prospectivos, lo que sugiere afectación de funciones mentales superiores.
En cuanto al lenguaje, se observa variabilidad en su expresión comunicativa: en algunos momentos presenta lenguaje lento, de tono bajo y emisión pausada; mientras que en otros predomina una comunicación no verbal limitada, con escaso uso de gestos o señas, lo cual restringe de manera significativa la interacción y la expresión de necesidades.

En relación con funciones básicas, se reporta adecuada regulación de los hábitos de sueño y alimentación, sin alteraciones significativas en estas áreas.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

El adulto mayor con diagnóstico de esquizofrenia presenta un compromiso cognitivo y funcional significativo, evidenciado en alteraciones de las funciones mentales superiores, particularmente en las esferas de orientación, atención, memoria y pensamiento, lo cual impacta de manera directa su capacidad de comprensión, adaptación y respuesta a las demandas del entorno institucional.

Se identifica un nivel de dependencia funcional importante, asociado a limitaciones en la autonomía para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, así como dificultades en la interacción socio-comunicativa, caracterizadas por escasa iniciativa y baja participación en actividades institucionales. Esta situación repercute de manera significativa en los procesos de estimulación cognitiva, emocional y social.

En este sentido, se considera fundamental el acompañamiento permanente, la intervención estructurada y la motivación constante por parte del área de psicología, con el fin de favorecer la activación conductual, promover la adherencia a las actividades institucionales y fortalecer la participación progresiva del residente dentro de su entorno. Asimismo, estas acciones buscan potenciar las habilidades residuales, mejorar la interacción social y contribuir al mantenimiento de su calidad de vida dentro del contexto institucional.

Adicionalmente, la ausencia de una red de apoyo sociofamiliar sólida incrementa su condición de vulnerabilidad psicosocial, consolidando la necesidad de soporte integral continuo por parte del equipo interdisciplinario y del entorno institucional como principal sistema de apoyo.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Adulto mayor con diagnóstico de esquizofrenia, que presenta deterioro cognitivo y funcional significativo, evidenciado en alteraciones de las funciones mentales superiores, especialmente en las esferas de orientación, atención, memoria, lenguaje y pensamiento, lo cual afecta de manera directa su capacidad de comprensión, adaptación y respuesta al entorno institucional.

El perfil clínico se caracteriza por un compromiso importante en la autonomía funcional, con alta dependencia para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, así como limitaciones

relevantes en la interacción socio-comunicativa, marcada por escasa iniciativa, baja expresividad verbal y reducida participación social.

A nivel conductual, se observa estabilidad parcial bajo condiciones estructuradas, con necesidad de supervisión permanente y acompañamiento continuo. En el ámbito emocional, se identifican fluctuaciones asociadas al curso de la patología de base, requiriendo monitoreo interdisciplinario constante.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

Implementar estrategias de estimulación cognitiva básica orientadas al mantenimiento de funciones residuales (atención, memoria y orientación), mediante actividades estructuradas, repetitivas y de baja complejidad.

Fortalecer procesos de comunicación funcional a través de estrategias de comunicación aumentativa y alternativa, favoreciendo la comprensión de instrucciones y la expresión de necesidades básicas.

Promover la activación conductual progresiva mediante participación guiada en actividades psicosociales, recreativas y ocupacionales, ajustadas a su nivel funcional.

Mantener intervención psicológica orientada a la contención emocional, regulación conductual y prevención de descompensaciones comportamentales.

Favorecer la adherencia a rutinas institucionales estructuradas, con el fin de reforzar la organización temporal, la adaptación al entorno y la disminución de conductas de desorientación.

Realizar acompañamiento continuo interdisciplinario, articulado con el equipo asistencial, orientado al monitoreo del estado cognitivo, funcional y emocional del residente.

Fortalecer el entorno institucional como red de apoyo principal, garantizando el soporte integral, la calidad de vida y la atención permanente del usuario.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Orlando Ospina
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	12.099.961
EDAD	75
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/07/1950
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Angela Chavarro (Prima)
TELÉFONO	3153293734
FECHA DE VALORACIÓN	Jueves 16 de Abril0/2026

CONDICIONES GENERALES

El residente se presenta en estado de alerta, con comportamiento tranquilo y estabilidad emocional durante la valoración. Mantiene adecuadas condiciones de higiene y arreglo personal, con apariencia acorde a su edad cronológica.

En el ámbito funcional, se evidencia dependencia en las ABVD, con compromiso en la movilidad que requiere el uso de silla de ruedas, asociado a la presencia de rigidez muscular, lo que limita su autonomía motora. A nivel orofacial, presenta edentulismo parcial. Asimismo, se identifica incontinencia de esfínteres, requiriendo apoyo y supervisión en el autocuidado.

Durante la evaluación, el residente se muestra colaborador y receptivo, con capacidad para atender y seguir instrucciones simples, evidenciando adecuada disposición frente a la interacción.

En el componente comunicativo, predomina un patrón de comunicación no verbal de tipo gestual/señalética, enmarcado dentro de los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC), mediante los cuales el residente emplea gestos y señas como principal estrategia expresiva, lo que evidencia una limitación significativa en la funcionalidad del lenguaje verbal. Se observan además indicadores de compromiso en el funcionamiento cognitivo, que afectan el procesamiento de la información y la interacción con el entorno.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en manejo farmacológico activo, administrado conforme a indicación médica vigente y bajo cobertura del sistema de salud (EPS).

Autonomía E Independencia	Se evidencia compromiso significativo en la autonomía funcional, con dependencia en la ejecución de las ABVD, requiriendo acompañamiento continuo y supervisión permanente por parte del personal asistencial.
Control De Esfínteres	No conservado

AREA FAMILIAR

Se reconoce la presencia de una figura familiar de referencia; sin embargo, se evidencia baja vinculación y ausencia de contacto reciente, de acuerdo con los registros institucionales.

En este sentido, se configura una red de apoyo sociofamiliar limitada, lo que incrementa la dependencia del residente hacia el entorno institucional. Consecuentemente, la institución asume el rol de principal sistema de soporte, asegurando de manera continua la satisfacción de sus necesidades básicas, así como el acompañamiento emocional y social requerido para favorecer su bienestar integral.

AREA SOCIAL

En función de sus capacidades funcionales, el residente evidencia habilidades básicas de interacción social, mostrando disposición para la vinculación en el entorno institucional. Se observa participación activa y actitud colaboradora en el desarrollo de actividades psicosociales, cognitivas, físicas y demás espacios programados.

Dicha participación se ve favorecida mediante el acompañamiento estructurado, la motivación constante y la mediación terapéutica del área de psicología, lo cual contribuye al fortalecimiento de su integración, adaptación al entorno y bienestar integral.

Adicionalmente, el personal asistencial refiere que, en algunas ocasiones, el residente puede presentar episodios de conducta agresiva, los cuales suelen ser de carácter situacional y susceptibles de manejo mediante estrategias de contención, redirección conductual y acompañamiento oportuno por parte del equipo interdisciplinario.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

A partir de la información recolectada, el residente evidencia compromiso en el funcionamiento mental global, caracterizado por desorientación en las tres esferas (persona, tiempo y espacio). Durante la valoración, mantiene contacto visual funcional y un afecto eutímico, sin manifestaciones emocionales disruptivas en el momento de la evaluación.

En el ámbito cognitivo, los procesos de atención y concentración se encuentran relativamente conservados dentro de sus limitaciones, permitiendo la comprensión de indicaciones simples; no obstante, se identifican alteraciones significativas en las funciones mentales superiores, particularmente en funciones ejecutivas, así como en los procesos de introspección, prospección, juicio y razonamiento.

Estas dificultades inciden de manera directa en su capacidad de análisis, planificación, toma de decisiones

y adaptación al entorno, siendo coherentes con su condición clínica y nivel de funcionamiento actual.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

De acuerdo con la información obtenida durante la valoración, el residente, con diagnóstico de base de discapacidad intelectual, presenta un compromiso significativo en el funcionamiento cognitivo y funcional, evidenciado en alteraciones de las funciones mentales superiores, particularmente en las esferas de orientación (persona, tiempo y espacio), funciones ejecutivas, juicio y razonamiento, lo que limita su capacidad de adaptación y respuesta ante las demandas del entorno.

A nivel atencional, si bien logra responder a indicaciones simples, se observan dificultades en la sostenibilidad y organización de la atención, lo que interfiere en la ejecución de actividades estructuradas. En el componente emocional, se mantiene con afecto eutímico y estabilidad conductual durante la valoración; no obstante, su condición clínica lo ubica en una situación de vulnerabilidad frente a posibles descompensaciones, por lo que requiere seguimiento continuo.

En el plano funcional, se identifica un nivel importante de dependencia, asociado a limitaciones en la autonomía para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, requiriendo acompañamiento permanente y supervisión constante por parte del personal asistencial.

En este contexto, el perfil observado es consistente con su diagnóstico de base y evidencia la necesidad de intervención interdisciplinaria continua, orientada al mantenimiento de habilidades residuales, la estructuración del entorno, la estimulación cognitiva básica y el fortalecimiento del bienestar emocional, con el propósito de favorecer su calidad de vida en el ámbito institucional.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Adulto mayor con diagnóstico de discapacidad intelectual, que presenta deterioro cognitivo global de curso crónico, evidenciado en alteraciones significativas de las funciones mentales superiores, particularmente en orientación, funciones ejecutivas, juicio y razonamiento.

El perfil clínico se caracteriza por un compromiso importante en la autonomía funcional, con alta dependencia para la ejecución de las ABVD, así como limitaciones en la comunicación,

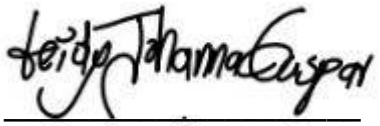
predominando el uso de sistemas aumentativos y alternativos (gestual/señalético) ante la baja funcionalidad del lenguaje verbal.

A nivel conductual y emocional, se observa estabilidad clínica en el momento de la valoración, aunque con antecedentes de episodios de conducta agresiva de carácter situacional, que requieren monitoreo continuo.

El cuadro es consistente con un trastorno del neurodesarrollo de curso crónico, con afectación funcional asociada al proceso de envejecimiento, requiriendo abordaje interdisciplinario permanente.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Implementar programas de estimulación cognitiva básica, enfocados en el mantenimiento de funciones residuales (atención, orientación y memoria), mediante actividades estructuradas y repetitivas.
- Fortalecer la comunicación funcional a través del uso sistemático de estrategias de comunicación aumentativa y alternativa (SAAC), facilitando la expresión de necesidades y la comprensión del entorno.
- Promover la participación guiada en actividades psicosociales, cognitivas, físicas y recreativas, favoreciendo la activación conductual y la integración al entorno institucional.
- Brindar acompañamiento psicológico continuo, orientado a la contención emocional, manejo de conductas agresivas y fortalecimiento de la estabilidad conductual.
- Establecer rutinas estructuradas, que faciliten la orientación temporoespacial, la organización conductual y la adaptación al entorno.
- Favorecer el desarrollo de habilidades adaptativas, promoviendo la participación progresiva en actividades de la vida diaria con apoyo supervisado.
- Mantener seguimiento interdisciplinario permanente, articulado con el equipo asistencial, con el fin de monitorear el estado cognitivo, funcional y emocional del residente.
- Fortalecer el entorno institucional como red de apoyo principal, garantizando el bienestar integral y la calidad de vida del usuario



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Manuel Nieva
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.075.325.779
EDAD	71
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/Enero/1954
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Esquizofrenia
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin Dato
TELÉFONO	Sin Dato
FECHA DE VALORACIÓN	Jueves 16 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Residente con apariencia general conservada, adecuada higiene y presentación personal, con somatotipo delgado acorde a su etapa del ciclo vital. Durante la valoración se encuentra en estado de alerta, clínicamente estable, con actitud receptiva y colaboradora, evidenciando afecto eutímico.

En el componente motor, presenta deambulación enlentecida, compatible con una marcha de características lentas. A nivel comunicativo, se observa lenguaje de emisión pausada y ritmo disminuido. En el área orofacial, se identifican múltiples pérdidas dentarias (edentulismo parcial).

En el ámbito funcional, presenta incontinencia de esfínteres, por lo que requiere el uso de pañal y apoyo en el autocuidado. A nivel cognitivo, se evidencian indicadores sugestivos de compromiso leve en el funcionamiento cognitivo, que requieren seguimiento.

En términos generales, el residente mantiene estabilidad clínica y adecuada disposición durante el proceso de evaluación.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en tratamiento farmacológico activo, administrado conforme a la prescripción médica vigente y bajo seguimiento del sistema de salud (EPS). Se registran antecedentes de habitabilidad en calle y consumo de sustancias psicoactivas, factores que inciden en su condición biopsicosocial actual.
Autonomía E Independencia	Presenta un nivel de funcionalidad parcialmente conservado, con desempeño semiautónomo en algunas aABVD; no obstante, requiere supervisión, acompañamiento y apoyo continuo por parte del personal asistencial.

Control De Esfínteres	No Conservado

AREA FAMILIAR

Se evidencia ausencia de red de apoyo sociofamiliar, sin registros de contacto o vinculación externa significativa. Esta condición configura un factor de vulnerabilidad psicosocial, al incidir en su bienestar emocional y en los procesos de adaptación al entorno.

En este contexto, el residente se encuentra bajo medida de protección institucional, siendo la institución el principal sistema de soporte, encargado de garantizar de manera continua la atención integral, el cuidado básico y el acompañamiento psicosocial requerido.

AREA SOCIAL

El residente presenta un repertorio de habilidades sociales restringido; no obstante, se evidencia una evolución positiva en su nivel de participación, reflejada en un incremento progresivo en la vinculación a actividades individuales y grupales, incluyendo espacios de intervención psicosocial, cognitiva, física y ocupacional.

Este avance se encuentra favorecido por los procesos de inclusión, mediación terapéutica y acompañamiento continuo liderados por el área de psicología. Se observa mayor disposición motivacional, actitud receptiva y conductas colaborativas tanto con el personal asistencial como con otros residentes, favoreciendo su adaptación al entorno institucional.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

El residente presenta limitaciones en la expresión verbal, con discurso de baja complejidad y predominio de pensamiento concreto, evidenciando empobrecimiento del contenido ideativo. Mantiene contacto visual funcional durante la interacción.

A nivel psicomotor, se observan alteraciones compatibles con su condición clínica. Se encuentra orientado en las tres esferas (persona, tiempo y espacio). Los procesos de atención y concentración se mantienen relativamente conservados, mientras que la memoria muestra compromiso leve.

Se identifican dificultades en los procesos de introspección y prospección, lo que limita su capacidad de autoanálisis y anticipación.

En el componente emocional, aunque durante la valoración se evidencia afecto eutímico, el personal asistencial refiere la presencia ocasional de episodios de llanto sin causa aparente, lo cual sugiere labilidad emocional y requiere seguimiento clínico.

En cuanto a funciones básicas, se reportan hábitos de sueño y alimentación adecuados, sin alteraciones significativas.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

De acuerdo con la información obtenida, el residente con diagnóstico de esquizofrenia presenta un compromiso moderado en el funcionamiento cognitivo y psicosocial, evidenciado en alteraciones del pensamiento, con predominio de ideación concreta y empobrecimiento del contenido mental, así como dificultades en los procesos de introspección y prospección.

A nivel atencional y mnésico, se observan funciones relativamente conservadas con leve compromiso, permitiendo la comprensión de indicaciones simples y la participación en actividades estructuradas. En el componente emocional, se mantiene estabilidad afectiva general; no obstante, se reportan episodios ocasionales de labilidad emocional, manifestados en llanto sin causa aparente, lo cual requiere monitoreo continuo.

En el plano funcional, presenta independencia parcial, con requerimiento de supervisión en actividades de la vida diaria, así como apoyo en el manejo de la incontinencia.

En el área social, se evidencian avances progresivos en la interacción y participación, favorecidos por la intervención institucional. La ausencia de red de apoyo sociofamiliar incrementa su condición de vulnerabilidad, siendo la institución su principal soporte.

En este sentido, se requiere seguimiento interdisciplinario continuo, orientado al mantenimiento de la estabilidad clínica, fortalecimiento de habilidades adaptativas y optimización de su calidad de vida.

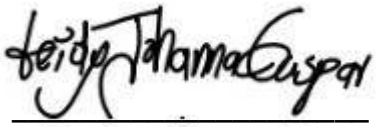
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Adulto mayor con diagnóstico de esquizofrenia, en condición clínica estable, que presenta compromiso moderado en el funcionamiento cognitivo, particularmente en los procesos de pensamiento, introspección y prospección.

El perfil funcional evidencia semiautonomía, con necesidad de supervisión en actividades básicas de la vida diaria y apoyo en el manejo de esfínteres. A nivel emocional, se observa afecto eutímico con episodios ocasionales de labilidad emocional.

En el ámbito psicosocial, presenta habilidades sociales limitadas, con evolución favorable en su participación institucional. La ausencia de red de apoyo familiar constituye un factor de riesgo, siendo la institución su principal sistema de soporte.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
• Mantener intervención psicológica orientada al seguimiento clínico y contención emocional, favoreciendo la estabilidad afectiva y conductual. • Monitorear y abordar episodios de labilidad emocional mediante estrategias de regulación. • Implementar estrategias de estimulación cognitiva, enfocadas en el fortalecimiento de atención, memoria y organización del pensamiento. • Promover el desarrollo de habilidades sociales, mediante participación guiada en actividades grupales y espacios de interacción estructurados. • Favorecer la adherencia a rutinas institucionales, fortaleciendo la orientación, organización conductual y adaptación al entorno. • Brindar acompañamiento permanente, con supervisión en actividades de la vida diaria según su nivel de funcionalidad. • Mantener seguimiento interdisciplinario, articulado con el equipo asistencial y médico, para monitoreo de su estado cognitivo, emocional y conductual. • Fortalecer el entorno institucional como principal red de apoyo, garantizando su bienestar integral y calidad de vida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit. 901.998.920-2	**FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA ADULTO MAYOR** **(Escala Observacional Adaptada)**	Código: UTCJ-FOR-023 Versión: 01 Fecha: 01/04/2026 Página **1** de **2**

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: María Cristina García
Edad: 78 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Lunes 06 / Abril / 2026



2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas			x
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	x		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		x	
	Se distrae con facilidad			x
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	x		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	x		
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	x		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			x
	Requiere ayuda para higiene/vestido			x
	Se moviliza de forma independiente			x

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 19 / 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

De acuerdo con la escala aplicada, la residente se ubica en un **nivel de dependencia moderada**. Este resultado indica que conserva algunas habilidades funcionales, especialmente en el área emocional y social, así como en la alimentación; sin embargo, presenta compromiso significativo en procesos cognitivos como memoria, atención y orientación, lo que impacta su autonomía en actividades de la vida diaria, requiriendo apoyo parcial y supervisión constante.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, la residente se presenta en estado de alerta, con actitud tranquila, colaboradora y adecuada disposición frente a la interacción. A nivel cognitivo, se evidencian dificultades significativas en orientación, memoria y atención, manifestando facilidad para distraerse y requerir redirección constante.
En el área comunicativa, presenta limitación en la expresión verbal asociada a su hipoacusia; no obstante, utiliza gestos y expresiones faciales como mecanismos compensatorios que favorecen su interacción.
A nivel emocional, se observa estabilidad afectiva, con ánimo tranquilo, alegre y participativo, sin presencia de conductas agresivas o alteraciones emocionales relevantes.
En el ámbito social, mantiene relaciones adecuadas con sus pares, participa en actividades grupales y se encuentra adaptada al entorno institucional.
En cuanto a su funcionalidad, es independiente en la alimentación, pero requiere apoyo en actividades básicas como higiene, vestido y movilidad, haciendo uso de caminador.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

La residente presenta un compromiso cognitivo moderado caracterizado por alteraciones en memoria, atención y orientación, asociado a su diagnóstico de esquizofrenia y al proceso de envejecimiento.
La discapacidad auditiva limita la comunicación verbal; sin embargo, se evidencian estrategias compensatorias funcionales mediante lenguaje no verbal.
A nivel emocional, presenta estabilidad afectiva, sin alteraciones conductuales. En el área social, mantiene adecuada adaptación institucional e interacción positiva con sus pares.
En términos funcionales, presenta dependencia moderada, conservando algunas habilidades de autonomía, pero requiriendo acompañamiento en actividades de la vida diaria.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La residente presenta un funcionamiento adaptativo conservado en el ámbito emocional y social, con compromiso cognitivo moderado y dependencia parcial en actividades de la vida diaria. Se recomienda continuar con el acompañamiento integral e interdisciplinario, orientado al mantenimiento de su calidad de vida y bienestar.



Firma del Profesional
TP. 230266

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: Bertilda García
Edad: 76 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Martes 7 / Abril / 2026



2. METODOLOGÍA

___x___ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x___ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	x		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades	X		
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse		X	
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes	X		
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente			X

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 15 / 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La residente obtiene un puntaje de 15 sobre 40, lo que la ubica en el rango de **dependencia moderada**. Este resultado indica que requiere apoyo parcial en actividades de la vida diaria,

especialmente en higiene y vestido, y presenta limitaciones en atención, memoria y comunicación que afectan su autonomía y capacidad de interacción plena en el entorno institucional.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Bertilda se encuentra en estado de alerta y mantiene conducta tranquila, con estabilidad emocional y contacto visual adecuado. Se evidencia trastorno grave del lenguaje expresivo asociado a esquizofrenia, comunicándose principalmente mediante gestos y expresiones faciales, lo que limita su interacción social. Presenta alteraciones en memoria remota, reciente e inmediata, y déficit en atención sostenida, afectando su desempeño en actividades cognitivas y sociales. Su participación en actividades institucionales es pasiva, y aunque su movilidad es autónoma, se observa marcha lenta. Mantiene higiene y presentación personal adecuadas, y control de esfínteres conservado.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

La residente presenta esquizofrenia con trastorno grave del lenguaje expresivo, con alteraciones cognitivas moderadas a severas, principalmente en orientación, atención, memoria y funciones ejecutivas. No se encuentra orientada en las tres esferas (tiempo, espacio y persona), lo que limita la comprensión del entorno y la interacción social funcional. El funcionamiento adaptativo es semindependiente, con movilidad autónoma limitada y participación pasiva en actividades institucionales. Su estado emocional es estable, sin conductas disruptivas durante la valoración. La falta de apoyo familiar y social incrementa su vulnerabilidad, requiriendo medida de protección institucional y acompañamiento constante.

7. CONCLUSIONES GENERALES

- ✓ La residente presenta dependencia moderada, con compromiso cognitivo que afecta orientación, atención, memoria y comunicación.
- ✓ La comunicación verbal está gravemente afectada, predominando vías no verbales (gestos, señas y expresiones faciales), limitando la interacción social.
- ✓ El funcionamiento adaptativo es semindependiente, con movilidad autónoma limitada y participación pasiva en actividades institucionales.
- ✓ El estado emocional es estable, sin conductas agresivas o disruptivas.
- ✓ La ausencia de red familiar y social constituye un factor de vulnerabilidad psicosocial, reforzando la necesidad de supervisión institucional y acompañamiento interdisciplinario.
- ✓ Se recomienda intervención cognitiva, comunicativa y psicosocial, con seguimiento constante para garantizar estabilidad emocional y funcionalidad dentro del hogar "San Matías".

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit. 901.998.920-2	**FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA ADULTO MAYOR** **(Escala Observacional Adaptada)**	Código: UTCJ-FOR-023 Versión: 01 Fecha: 01/04/2026 Página **1** de **2**

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: María Quintero
Edad: 86 **Sexo**: Femenino
Fecha de valoración: Lunes 06 / Abril / 2026



2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		x	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales			x
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			x
	Requiere ayuda para higiene/vestido			x
	Se moviliza de forma independiente			x

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 19/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje obtenido de 19 se encuentra dentro del rango 14 – 26, lo que indica dependencia moderada en el funcionamiento global. Aunque María conserva algunas habilidades, requiere asistencia parcial y supervisión en

actividades básicas (alimentación, higiene, vestido) y en movilidad. El resultado refleja un compromiso moderado en memoria, atención y orientación, limitando su autonomía funcional. Socialmente, mantiene interacciones limitadas y participa de forma pasiva en actividades grupales. Este puntaje evidencia la necesidad de acompañamiento continuo y apoyo interdisciplinario para garantizar seguridad, bienestar y calidad de vida.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

- Presenta deterioro generalizado de memoria y atención, vinculado a su diagnóstico de Discapacidad Intelectual y proceso de envejecimiento.
- Lenguaje incoherente y tono de voz bajo, compensando parcialmente con comunicación gestual.
- Orientación limitada únicamente a personas cercanas, desorientada en tiempo y espacio.
- Actitud tranquila, colaborativa y afectuosa, sin conductas disruptivas ni desadaptativas.
- Movilidad limitada; depende del personal para alimentación, higiene, vestido y desplazamiento.
- Participa de manera pasiva en actividades grupales y psicoeducativas, con habilidades sociales restringidas.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

María Quintero presenta un perfil de dependencia física y funcional alta, con compromiso cognitivo global moderado. Mantiene estabilidad emocional relativa y capacidad limitada de interacción social. Su independencia se ve significativamente afectada por deterioro cognitivo, dificultades comunicativas y limitaciones físicas, requiriendo acompañamiento permanente y supervisión continua.

7. CONCLUSIONES GENERALES

- En la residente se evidencia dependencia Moderada, tanto en actividades básicas de la vida diaria como en movilidad y comunicación.
- El deterioro cognitivo moderado afecta memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas, limitando la autonomía funcional.
- A pesar de las limitaciones, mantiene estabilidad emocional y actitud afectuosa, lo que facilita la interacción con cuidadores y la participación en actividades adaptadas.
- Se recomienda plan de intervención psicológica integral, que incluya estimulación cognitiva, fortalecimiento comunicativo, acompañamiento emocional, apoyo en AVD y trabajo interdisciplinario para promover bienestar, seguridad y calidad de vida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Asunción Silva Hurtado
Edad: 81 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Lunes 13/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas			X
	Se ubica en el lugar donde está			X
	Identifica el día o momento del día			X
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes			X
	Recuerda información personal			X
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible			X
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente		X	

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 29/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

Funcionamiento relativamente conservado, con compromiso en atención sostenida y memoria reciente, estabilidad emocional con labilidad ocasional, adecuada cooperación conductual, independencia parcial en AVD y socialización funcional con participación variable.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, el residente se mostró parcialmente orientado en las tres esferas (persona, tiempo y espacio), con mayor compromiso en la orientación temporal. Se evidenció disminución en la capacidad de atención sostenida, presentando distractibilidad ante estímulos ambientales.

El lenguaje es comprensible, aunque con uso ocasional de recursos no verbales para complementar la comunicación. No se evidencian alteraciones graves en la expresión verbal.

A nivel afectivo, el residente presenta predominio de eutimia, con momentos de retraimiento emocional. No se observaron episodios de llanto durante la valoración.

En el comportamiento, se destaca una actitud generalmente colaboradora, sin manifestaciones de agresividad física, aunque con posibles respuestas oposicionistas leves en situaciones de exigencia.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Adulto mayor con diagnóstico de base de esquizofrenia, que cursa con funcionamiento cognitivo global parcialmente conservado, evidenciando compromiso leve a moderado en funciones atencionales y mnésicas recientes.

Se observa un estado emocional relativamente estable, sin sintomatología afectiva severa en el momento de la evaluación. A nivel conductual, mantiene patrones de interacción adecuados con su entorno inmediato, con capacidad de adaptación al contexto institucional.

El perfil observado es compatible con un deterioro cognitivo leve asociado a trastorno mental crónico, con conservación de habilidades adaptativas básicas.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un nivel de funcionamiento que le permite mantener cierta independencia en su vida cotidiana, aunque requiere supervisión parcial y acompañamiento en actividades básicas, especialmente aquellas que implican secuenciación y organización.

Se recomienda:

- Mantener rutinas estructuradas que favorezcan la orientación temporal y espacial.
- Implementar estimulación cognitiva dirigida, enfocada en atención y memoria reciente.
- Promover la participación en actividades grupales para fortalecer habilidades sociales.
- Realizar seguimiento psicológico periódico, con énfasis en la evolución de síntomas cognitivos y conductuales.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit. 901.998.920-2	**FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA ADULTO MAYOR** **(Escala Observacional Adaptada)**	Código: UTCJ-FOR-023 Versión: 01 Fecha: 01/04/2026 Página **1** de **2**

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: Sofia Claver
Edad: 78 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Lunes 06/ Abril / 2026



2. METODOLOGÍA

___x___ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x___ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	x		
	Se ubica en el lugar donde está	x		
	Identifica el día o momento del día	x		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		x	
	Se distrae con facilidad			x
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	x		
	Recuerda información personal	x		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	x		
	Usa gestos o señas para comunicarse			x
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			x
	Presenta tristeza o llanto	x		
	Se muestra alegre o participativo/a			x
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	x		
	Coopera con cuidadores			x
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			x
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente		x	

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 19/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La residente presenta dependencia moderada, con preservación de habilidades sociales y emocionales, capacidad adaptativa a través del lenguaje gestual, pero con necesidad de apoyo en memoria, atención, orientación y actividades de la vida diaria, reflejando un perfil cognitivo parcialmente conservado que requiere acompañamiento estructurado y continuo

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

- La residente mantiene una actitud tranquila, colaboradora y afectiva, mostrando expresiones emocionales no verbales mediante gestos y risas inmotivadas.
- Presenta dificultades cognitivas en memoria, atención y orientación, afectando la ejecución de actividades complejas de manera autónoma.
- La comunicación se realiza principalmente mediante lenguaje gestual, evidenciando estrategias compensatorias funcionales.
- Mantiene interacciones sociales adecuadas, participa activamente en actividades grupales y responde positivamente a la contención y refuerzo del personal.
- Requiere apoyo en higiene, vestido y control de esfínteres, conservando autonomía parcial en alimentación y movilidad.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Sofía Claver presenta un perfil de funcionamiento global con dependencia moderada, conservando habilidades sociales y afectivas. Se evidencian limitaciones cognitivas relevantes en memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas, relacionadas con su discapacidad intelectual y auditiva. Muestra adaptación funcional a través de comunicación gestual y mantiene relaciones efectivas con cuidadores y compañeros. Se recomienda intervención psicológica continúa enfocada en estimulación cognitiva, fortalecimiento de la comunicación, contención emocional y apoyo estructurado en actividades de la vida diaria.

7. <u>CONCLUSIONES GENERALES</u>

La residente presenta un funcionamiento adaptativo conservado en lo social y emocional, con limitaciones cognitivas significativas asociadas a su diagnóstico y envejecimiento. Requiere acompañamiento continuo en memoria, atención, orientación, AVD y comunicación gestual, con intervención psicológica interdisciplinaria orientada al mantenimiento de habilidades, prevención del deterioro y fortalecimiento de su bienestar integral.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit. 901.998.920-2	**FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA ADULTO MAYOR** **(Escala Observacional Adaptada)**	Código: UTCJ-FOR-023 Versión: 01 Fecha: 01/04/2026 Página **1** de **3**

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: Rosa María Claver
Edad: 77 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Lunes 06 / Abril / 2026



2. METODOLOGÍA

___x___ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x___ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		x	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	x		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		x	
	Presenta tristeza o llanto		x	
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente		x	

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 21/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La residente evidencia un funcionamiento moderado, con preservación de habilidades sociales y estabilidad emocional, pero con necesidad de apoyo en áreas cognitivas, comunicativas y de autonomía funcional para garantizar seguridad y bienestar.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

La residente presenta alteraciones en los procesos de orientación, memoria y atención, lo cual sugiere compromiso en funciones neurocognitivas, especialmente en memoria episódica y atención sostenida.

En el área comunicativa, se evidencia limitación del lenguaje verbal asociada a discapacidad auditiva, siendo compensada mediante comunicación no verbal (gestos y expresiones faciales), lo cual permite interacción básica con el entorno, aunque con dependencia del contexto y del cuidador para la adecuada interpretación de sus necesidades.

A nivel afectivo, se observa un estado emocional predominantemente eutímico, con manifestaciones de afecto positivo, sin indicadores clínicos de sintomatología depresiva. No obstante, se identifican episodios ocasionales de irritabilidad y reactividad conductual, posiblemente asociados a dificultades en la autorregulación emocional y en la expresión de necesidades.

En el área conductual y social, presenta adecuada adaptación al entorno institucional, con participación activa en actividades grupales y establecimiento de vínculos funcionales con pares y cuidadores.

En cuanto a la funcionalidad, se evidencia independencia en alimentación, con requerimiento de apoyo parcial en actividades básicas y movilidad, lo cual es consistente con su condición clínica general.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

La residente presenta un cuadro compatible con compromiso neurocognitivo de base, asociado a discapacidad intelectual, con afectación en procesos de memoria, atención y orientación.

Se identifican además limitaciones significativas en la comunicación verbal secundarias a discapacidad auditiva, con desarrollo de estrategias compensatorias no verbales funcionales.

Desde el componente emocional, se evidencia estabilidad afectiva, sin presencia de sintomatología ansiosa o depresiva, aunque con dificultades en la regulación emocional manifestadas en episodios ocasionales de irritabilidad.

El funcionamiento social se encuentra relativamente conservado, constituyendo un factor protector relevante dentro del contexto institucional.

En conjunto, el perfil clínico corresponde a una residente con funcionamiento adaptativo parcialmente conservado, con requerimiento de apoyo continuo en áreas cognitivas, comunicativas y funcionales.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La residente presenta dependencia moderada con compromiso cognitivo y comunicativo, manteniendo estabilidad emocional y adaptación social adecuada. Requiere acompañamiento estructurado e intervención psicológica continua para favorecer su autonomía, funcionalidad y calidad de vida.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: Maritza Millán Soto
Edad: 51 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Martes 07 / Abril /2026



2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas			X
	Se ubica en el lugar donde está			X
	Identifica el día o momento del día			X
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades			X
	Se distrae con facilidad		X	
MEMORIA	Recuerda eventos recientes		.	X
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible			X
	Usa gestos o señas para comunicarse	X		
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		x	
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		x	
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			x
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido	x		
	Se moviliza de forma independiente			x

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 28 / 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La residente obtiene un puntaje de 28 sobre 40, lo cual la ubica en un nivel de funcionamiento conservado. Este resultado indica que mantiene un adecuado desempeño en la mayoría de las áreas evaluadas, especialmente en orientación, comunicación, socialización y autonomía en AVD. No obstante, se evidencian

algunas dificultades puntuales en procesos atencionales y de memoria, así como episodios ocasionales de distracción, que no interfieren significativamente en su funcionalidad general.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

La residente se encuentra orientada en las tres esferas, con adecuada capacidad para reconocer personas, ubicarse en el entorno e identificar el momento del día. Presenta un nivel de atención funcional, aunque con tendencia ocasional a la distracción. En el área de memoria, se observan leves dificultades tanto en el recuerdo de eventos recientes como en información personal.

A nivel comunicativo, su lenguaje es claro, comprensible y funcional, sin necesidad de recurrir a estrategias no verbales. En el estado emocional, se muestra generalmente tranquila y participativa, sin evidenciar síntomas depresivos relevantes.

En el área conductual, no presenta conductas agresivas y se destaca su adecuada cooperación con el personal de cuidado. A nivel social, mantiene interacción activa con otros residentes y participa en actividades grupales de manera frecuente.

En cuanto a la autonomía, es independiente en la alimentación, higiene, vestido y movilidad, lo que favorece su funcionalidad y calidad de vida dentro del entorno institucional.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

La residente presenta un funcionamiento psicológico global conservado, con adecuada orientación, comunicación funcional, habilidades sociales adaptativas y autonomía en actividades de la vida diaria. A nivel cognitivo, se identifican leves dificultades en la atención y memoria, así como compromiso en funciones ejecutivas superiores, lo cual es coherente con su condición clínica.

En el ámbito emocional, se encuentra estable, con estado de ánimo eutímico y adecuada regulación afectiva, sin presencia de alteraciones conductuales significativas. Su adaptación al entorno institucional es favorable, evidenciando participación activa y disposición para la interacción. Se evidencia compromiso cognitivo de grado moderado, con afectación predominante en funciones ejecutivas, en el contexto de trastorno afectivo bipolar. No se observan conductas disruptivas ni alteraciones comportamentales significativas durante la valoración.

7. CONCLUSIONES GENERALES

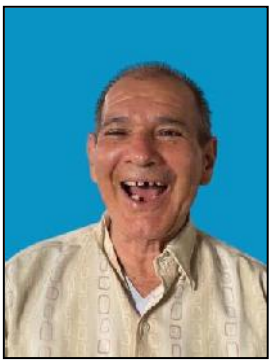
La residente presenta un adecuado nivel de funcionamiento general, con independencia en sus actividades cotidianas, adecuada integración social y estabilidad emocional. Las dificultades identificadas en procesos cognitivos superiores y atención no comprometen de manera significativa su desempeño diario.

Se resalta su buena adaptación al entorno institucional, así como su participación activa en las dinámicas grupales, lo cual favorece su bienestar integral. Se recomienda continuar con seguimiento psicológico periódico, fortalecimiento de funciones cognitivas y mantenimiento de su participación en actividades institucionales, con el fin de preservar su funcionamiento y calidad de vida.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: Jorge Duran Canacue
Edad: 73 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Martes 07/Abril / 2026



2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades	X		
	Se distrae con facilidad		X	
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible			X
	Usa gestos o señas para comunicarse	X		
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido	X		
	Se moviliza de forma independiente			X

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 18/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje obtenido se ubica dentro del rango de dependencia moderada, lo que indica que el residente mantiene cierto nivel de independencia en actividades básicas de la vida diaria, pero presenta limitaciones funcionales que requieren supervisión ocasional o apoyo estructurado en

algunas áreas. Este resultado es consistente con su diagnóstico de Discapacidad Intelectual, reflejando capacidad para realizar la mayoría de las AVD de manera autónoma, participación activa en actividades institucionales y adaptación positiva al entorno, aunque con ciertas dificultades en la interacción social y funciones cognitivas complejas

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

El residente mantiene independencia funcional en las AVD (alimentación, higiene y vestido) y movilidad autónoma. Presenta dificultades ocasionales en la interacción social, consistentes con su diagnóstico de Discapacidad Intelectual, especialmente en comunicación verbal compleja. A pesar de estas limitaciones, participa activamente en actividades lúdico-recreativas, físicas, cognitivas y psicosociales, mostrando adaptabilidad, colaboración y disposición para integrarse de manera autónoma. Su estado emocional es eutímico, sin conductas disruptivas ni desregulación afectiva.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El residente presenta Discapacidad Intelectual con limitaciones leves a moderadas en funciones ejecutivas, juicio y raciocinio. Mantiene atención y concentración conservadas para su nivel funcional, con comunicación funcional complementada con gestos y expresiones faciales. Su funcionamiento adaptativo es conservado, evidenciando independencia en AVD y movilidad autónoma. Muestra adaptación positiva al entorno institucional, participación activa en actividades y actitud colaborativa, sin conductas disruptivas. La ausencia de red familiar constituye un factor de vulnerabilidad psicosocial, requiriendo acompañamiento institucional constante.

7. CONCLUSIONES GENERALES

- Dependencia moderada en actividades de la vida diaria, con movilidad autónoma y desempeño funcional adecuado.
- Estado emocional estable y eutímico, con actitud colaborativa y disposición para participar en actividades institucionales.
- Limitaciones cognitivas leves a moderadas en funciones ejecutivas, juicio y raciocinio, acordes a su diagnóstico.
- Dificultades ocasionales en la interacción social y comunicación verbal compleja, consistentes con Discapacidad Intelectual.
- Ausencia de red de apoyo familiar, requiriendo supervisión y acompañamiento institucional continuo.
- Participación activa en actividades lúdico-recreativas, cognitivas, físicas y psicosociales, evidenciando adaptabilidad y compromiso con el entorno institucional.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES

Nombre del Residente: Isabel Suns Cuchimba
Edad: 92 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Lunes 13 / Abril/ 2026



2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está		X	
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad		X	
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		X	
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto			X
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente		X	
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 20/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La residente presenta un nivel de dependencia moderada, evidenciando compromiso cognitivo y funcional que requiere acompañamiento parcial y supervisión constante en actividades básicas de la vida diaria.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la aplicación de la escala observacional, la residente evidencia compromiso cognitivo moderado, con afectación en los procesos de orientación, atención sostenida y memoria reciente.

En el área de orientación, se observa reconocimiento parcial de personas cercanas y del entorno inmediato, con dificultades para ubicarse en tiempo y espacio. En atención, presenta fluctuaciones en la concentración, con distractibilidad moderada durante la ejecución de actividades.

En memoria, se evidencia dificultad para evocar eventos recientes, aunque conserva parcialmente la memoria de información personal básica.

En el área de comunicación, se observa lenguaje limitado funcionalmente, con uso frecuente de gestos como medio de apoyo expresivo. A nivel emocional, se identifican episodios de tristeza intermitente, aunque con momentos de tranquilidad y disposición a la interacción.

En el comportamiento, no se evidencian conductas agresivas, destacándose una actitud cooperadora hacia los cuidadores. En el área social, la participación en actividades grupales es limitada, con interacción ocasional con otros residentes.

Finalmente, en autonomía funcional, la residente requiere apoyo para higiene y vestido, conservando de manera parcial la capacidad de alimentación y movilidad independiente básica.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

- Deterioro cognitivo moderado asociado al envejecimiento
- Compromiso en orientación, atención y memoria reciente
- Dependencia funcional moderada para ABVD
- Alteraciones en comunicación funcional

- Estado emocional con presencia de tristeza intermitente
- Funcionamiento social limitado
- Vulnerabilidad psicosocial asociada a disminución de autonomía

7. CONCLUSIONES GENERALES

La evaluación psicológica integral evidencia que la residente Isabel Suns Cuchimba presenta un nivel de funcionamiento cognitivo moderadamente comprometido, asociado principalmente a dificultades en orientación, atención y memoria reciente, lo cual impacta su desempeño cotidiano.

Desde el área psicológica, se observa un estado emocional generalmente estable, con episodios ocasionales de tristeza, sin indicadores de desregulación afectiva severa. Sin embargo, se identifica vulnerabilidad emocional asociada al proceso de envejecimiento y a la disminución progresiva de la autonomía.

En el área conductual y social, la residente mantiene una actitud cooperadora, aunque con baja participación espontánea en actividades grupales, evidenciando un funcionamiento social restringido.

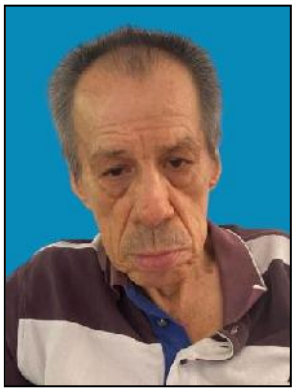
En términos de autonomía psicológica funcional, se concluye que la paciente presenta dependencia moderada para actividades básicas de la vida diaria, requiriendo supervisión y apoyo parcial, especialmente en autocuidado.

Se recomienda intervención psicológica enfocada en estimulación cognitiva básica, fortalecimiento de la orientación, acompañamiento emocional, activación de habilidades adaptativas y mantenimiento de rutinas estructuradas, con el fin de favorecer estabilidad funcional y bienestar integral dentro del entorno institucional.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Jorge Perdomo
Edad: 70 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: sábado 11/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal		x	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		x	
	Usa gestos o señas para comunicarse		X	
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente		X	
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **15** / 40
Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El residente obtuvo un puntaje de 15/40, ubicándose en el rango de dependencia moderada. Este resultado es coherente con un cuadro de deterioro cognitivo severo, evidenciado en alteraciones significativas de la orientación, memoria, pensamiento y funciones ejecutivas. A pesar de ello, conserva algunas capacidades básicas como la alimentación y el patrón de sueño.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, el residente Jorge Perdomo, de 70 años, evidencia un compromiso cognitivo y funcional acorde con su diagnóstico de demencia senil, con afectación global de las funciones mentales superiores.

Se observan fluctuaciones en la atención, con distractibilidad frecuente durante la realización de actividades, lo que interfiere en la continuidad y finalización de las tareas propuestas.

En el área de orientación, presenta alteración significativa en tiempo y lugar, con desorganización del contexto inmediato, conservando únicamente orientación en persona, lo cual es consistente con un proceso de deterioro cognitivo progresivo.

En cuanto a la memoria, se evidencian fallas importantes en el recuerdo de información reciente, mientras que la información personal básica se encuentra parcialmente conservada, aunque con evocación inestable e inconsistente.

A nivel comunicativo, el residente emite respuestas verbales cortas y poco elaboradas, en ocasiones con incoherencias, requiriendo apoyo y mediación del cuidador; complementa su comunicación con gestos para facilitar la expresión de ideas.

En el estado emocional, se observa predominio de estabilidad afectiva con momentos de tranquilidad, intercalados con episodios ocasionales de irritabilidad o agresividad. Sin embargo, responde positivamente a la motivación, el acompañamiento y la guía durante las actividades.

En el área de socialización, presenta interacción limitada y/o restringida con otros residentes, participando de forma parcial en actividades grupales siempre y cuando se le brinde apoyo y motivación permanente.

En relación con las AVD, presenta dependencia funcional: requiere apoyo para el aseo personal y el vestido, y movilidad asistida. En la alimentación, conserva independencia parcial en algunos momentos, dependiendo del nivel de estimulación y acompañamiento.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El cuadro clínico del residente es compatible con deterioro cognitivo severo, asociado a demencia senil, con compromiso marcado de las funciones cognitivas superiores, especialmente orientación, memoria, lenguaje y pensamiento.

A nivel conductual, se observa estabilidad emocional general, con estado eutímico y ausencia de alteraciones conductuales graves. Sin embargo, presenta dependencia funcional significativa para la ejecución de actividades que requieren comprensión, secuenciación y memoria.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente Jorge Perdomo presenta un deterioro cognitivo compatible con demencia senil, con afectación global de funciones como orientación, memoria, atención y pensamiento. A pesar de ello, conserva parcialmente la capacidad de respuesta a estímulos, especialmente cuando recibe acompañamiento y guía.

Emocionalmente se evidencia estabilidad general, con episodios ocasionales de irritabilidad, sin alteraciones persistentes del estado de ánimo. En el área social y conductual, su participación es limitada, pero posible con apoyo constante.

Se concluye la necesidad de intervención psicológica continúa enfocada en estimulación cognitiva, mantenimiento de habilidades preservadas y fortalecimiento del bienestar emocional, con el fin de favorecer su adaptación y calidad de vida.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Jesús María Velázquez
Edad: 89 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Sábado 11/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		X	
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **21**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje obtenido ubica al residente en un nivel de dependencia moderada, evidenciando compromiso en las áreas cognitiva, funcional y adaptativa. Si bien presenta limitaciones significativas, conserva habilidades básicas que permiten cierto grado de respuesta funcional bajo supervisión y apoyo continuo del área de psicología.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

El residente presenta un perfil caracterizado por deterioro neurocognitivo global, con desorientación alopsíquica, compromiso atencional y limitaciones en funciones ejecutivas. El lenguaje es funcional a nivel básico, con producción verbal lenta y uso complementario de comunicación no verbal.

A nivel afectivo, se observa estabilidad emocional, con predominio de afecto eutímico y adecuada regulación conductual. No se evidencian conductas disruptivas.

En el ámbito social, se identifica interacción restringida y baja iniciativa social, con mejor desempeño en contextos estructurados y bajo acompañamiento del área de psicología. Funcionalmente, presenta dependencia significativa en ABVD, requiriendo asistencia permanente.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El residente presenta un cuadro clínico compatible con discapacidad intelectual, asociado a compromiso neurocognitivo moderado a severo y deterioro del funcionamiento adaptativo.

Se evidencian alteraciones en funciones cognitivas superiores, comunicación funcional limitada y compromiso en la autonomía, con necesidad de supervisión continua y apoyo estructurado para la ejecución de actividades cotidianas.

7. CONCLUSIONES GENERALES

- Se evidencia compromiso global del funcionamiento cognitivo, adaptativo y funcional.
- El residente presenta un nivel de dependencia moderada, con requerimiento de apoyo constante en actividades básicas de la vida diaria.

- Se identifican alteraciones en orientación, atención y funciones ejecutivas, que impactan su capacidad de autonomía.
- A nivel emocional, presenta estabilidad afectiva, constituyéndose como un factor protector.
- Requiere intervención interdisciplinaria continua, orientada al mantenimiento de habilidades residuales, estimulación cognitiva básica y fortalecimiento de la interacción social asistida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

Unión Temporal Corazón de Jesús Nit. 901.998.920-2	**FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA ADULTO MAYOR** **(Escala Observacional Adaptada)**	Código: UTCJ-FOR-023 Versión: 01 Fecha: 01/04/2026 Página **1** de **2**

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Octavio Olaya
Edad: 72 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Martes 07 / Abril / 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas			X
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		x	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 21 / 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El residente obtiene un puntaje de **21 sobre 40**, lo cual lo ubica en un nivel de dependencia moderada, evidenciando dificultades en el funcionamiento cognitivo, la comunicación y la autonomía. Sin embargo, conserva habilidades básicas de interacción social y cooperación, lo que favorece su adaptación al entorno. Requiere acompañamiento y apoyo continuo para su bienestar y funcionamiento diario.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

El residente presenta compromiso en la orientación temporo-espacial, con mayor conservación en el reconocimiento de personas cercanas. Se evidencian dificultades en la atención sostenida, con alta tendencia a la distracción. A nivel de memoria, se observa afectación tanto en el recuerdo de eventos recientes como en información personal básica.

En el área comunicativa, predomina la comunicación no verbal mediante gestos y señas, con limitaciones en la expresión verbal comprensible. En el estado emocional, se mantiene generalmente tranquilo y con manifestaciones de afecto positivo, sin presencia de síntomas depresivos significativos.

A nivel conductual, no se evidencian comportamientos agresivos, destacándose la cooperación con cuidadores. En el área social, mantiene interacción con otros residentes y participa en actividades grupales, principalmente bajo supervisión.

En cuanto a la autonomía, presenta dependencia significativa en AVD, requiriendo apoyo en higiene, vestido y movilidad, aunque puede participar parcialmente en algunas tareas con acompañamiento.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El residente presenta un funcionamiento cognitivo global comprometido, con alteraciones en orientación, atención, memoria y lenguaje, predominando la comunicación no verbal. Se evidencia un nivel de dependencia moderada en su funcionalidad, en coherencia con su diagnóstico de base.

A nivel emocional, se encuentra estable, con adecuada regulación afectiva y sin presencia de alteraciones conductuales significativas. Su adaptación al entorno institucional es favorable, mostrando disposición para la interacción y cooperación con el equipo de cuidado.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un perfil caracterizado por compromiso cognitivo y funcional, con dependencia moderada para la realización de actividades básicas de la vida diaria. No obstante, mantiene estabilidad emocional, adecuada conducta y un nivel funcional de interacción social dentro de sus posibilidades.

Se resalta su adaptación positiva al entorno institucional, así como la importancia del acompañamiento permanente del equipo interdisciplinario y el apoyo familiar como factores protectores.

Se recomienda continuar con intervenciones orientadas al mantenimiento de sus capacidades, fortalecimiento de la comunicación no verbal, estimulación cognitiva y promoción de su participación en actividades institucionales, con el fin de favorecer su calidad de vida y bienestar integral.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: Aminta Vargas
Edad: 88 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Sábado 11 / Abril/ 2026



2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		x	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes		x	
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		X	
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		x	
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		x	
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **15** / 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje (15/40) indica dependencia moderada. Se evidencian dificultades en orientación, memoria y atención, con comunicación básica conservada.
Presenta estabilidad emocional y buena cooperación, pero baja participación social y alta dependencia en AVD. El perfil es compatible con deterioro cognitivo progresivo que afecta su funcionalidad.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la aplicación de la escala observacional, la residente evidencia un compromiso significativo en las áreas de orientación, memoria y autonomía funcional. Se observa que no logra reconocer de manera consistente personas cercanas ni ubicarse en tiempo y espacio, lo cual sugiere alteraciones marcadas en la orientación global.

En el área atencional, presenta dificultades para mantener la concentración en actividades, con tendencia a la distracción frecuente, lo que limita su participación sostenida. A nivel de memoria, se evidencian fallas importantes en el recuerdo de eventos recientes, con una leve conservación de información personal, lo cual indica compromiso de memoria reciente con relativa preservación de memoria remota.

En cuanto a la comunicación, la residente logra expresarse de forma parcialmente comprensible, apoyándose en ocasiones en gestos o señas, lo que permite una interacción básica con el entorno.

A nivel emocional, se muestra predominantemente tranquila, sin presencia de conductas disruptivas ni manifestaciones de tristeza o llanto durante la observación. Se evidencian respuestas afectivas adecuadas, aunque con baja iniciativa.

En el área conductual, no se observan comportamientos agresivos y se destaca una adecuada cooperación con el personal cuidador, lo cual favorece su manejo y atención diaria.

Respecto a la socialización, presenta participación ocasional en actividades grupales e interacción limitada con otros residentes, requiriendo acompañamiento para su vinculación.

En el área de autonomía, se confirma un alto nivel de dependencia, especialmente en actividades básicas como alimentación, movilidad e higiene, requiriendo asistencia permanente, coherente con su condición clínica.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

La residente presenta un cuadro clínico compatible con demencia senil, caracterizado por deterioro significativo en funciones cognitivas como memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas.

Este compromiso impacta de manera directa su funcionalidad, evidenciándose un nivel de dependencia moderado con tendencia a alta, especialmente en las AVD. Se identifican además limitaciones en la iniciativa conductual, en la interacción social y en la capacidad de adaptación al entorno.

A nivel emocional, se observa estabilidad afectiva, sin signos clínicos relevantes de ansiedad o depresión durante la valoración, aunque con posible restricción en la expresión emocional secundaria a su deterioro cognitivo.

El perfil observado es consistente con un proceso neurodegenerativo de curso progresivo, que afecta de manera integral su funcionamiento cognitivo, adaptativo y social.

7. CONCLUSIONES GENERALES

Los resultados obtenidos a través de la escala observacional permiten concluir que la residente presenta un deterioro cognitivo global asociado a su diagnóstico de demencia senil, con afectación significativa en procesos de orientación, memoria, atención y funciones ejecutivas.

Este deterioro repercute en su desempeño funcional, evidenciándose un nivel de dependencia moderada para la realización de ACD, con necesidad de supervisión y apoyo constante por parte de cuidadores.

A nivel emocional y conductual, se identifican condiciones favorables como la estabilidad afectiva y la adecuada cooperación, las cuales constituyen factores protectores importantes para su manejo institucional.

En el área social, aunque presenta limitaciones en la interacción y participación grupal, se evidencian posibilidades de vinculación con acompañamiento, lo que sugiere la importancia de continuar promoviendo espacios estructurados de socialización.

En este sentido, se recomienda mantener intervenciones orientadas a la estimulación cognitiva, el fortalecimiento de rutinas, el acompañamiento emocional y el apoyo continuo en actividades de la vida diaria, con el fin de preservar habilidades residuales y favorecer su calidad de vida.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Rosa María Zambrano
Edad: 100 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Sábado 11/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	x		
	Recuerda información personal		x	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		x	
	Usa gestos o señas para comunicarse		X	
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a		x	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	x		
	Coopera con cuidadores			x
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente		X	
	Requiere ayuda para higiene/vestido			x
	Se moviliza de forma independiente	x		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **14**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje obtenido se ubica en el rango de dependencia moderada (14–26 puntos), evidenciando un compromiso significativo en las funciones cognitivas y en la autonomía funcional.

Se observan alteraciones principalmente en orientación, memoria reciente, atención sostenida y funciones ejecutivas, lo que repercute directamente en la capacidad de la residente para desempeñarse de manera independiente en las actividades básicas de la vida diaria.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la aplicación de la escala, la residente presenta conducta cooperadora, estado de ánimo estable y actitud tranquila, lo que facilita el proceso de evaluación. Sin embargo, se evidencia desorientación en tiempo y espacio, así como dificultades en la evocación de información reciente.

A nivel comunicativo, logra expresión verbal limitada pero funcional, apoyándose en ocasiones en gestos. Se observa alta distractibilidad y baja capacidad de atención sostenida, lo que interfiere en la ejecución de actividades estructuradas.

En el área social, se identifica escasa interacción con pares y baja participación en actividades grupales, requiriendo acompañamiento constante para su vinculación.

En el componente funcional, se confirma dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, especialmente en higiene, vestido y movilidad, coherente con su condición clínica.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

La residente presenta un trastorno neurocognitivo mayor (demencia senil) en fase moderada a avanzada, caracterizado por deterioro progresivo de funciones cognitivas superiores, especialmente memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas.

Este compromiso genera un impacto significativo en su autonomía funcional, interacción social y adaptación al entorno, evidenciándose un nivel de dependencia moderada con tendencia a alta.

A nivel emocional, se observa estabilidad afectiva dentro de su condición clínica, sin sintomatología psiquiátrica mayor evidente durante la valoración.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La valoración psicológica evidencia un deterioro cognitivo global de curso progresivo, consistente con demencia senil, que afecta de manera significativa el funcionamiento integral de la residente.

Se identifican compromisos en áreas cognitivas, funcionales y sociales, con predominio de dependencia en actividades básicas de la vida diaria y necesidad de supervisión permanente.

A pesar del deterioro, se conservan aspectos como la cooperación, estabilidad emocional y respuesta a instrucciones simples, los cuales constituyen recursos preservados importantes para la intervención terapéutica.

Se recomienda mantener un abordaje interdisciplinario continuo, orientado a la estimulación cognitiva, el fortalecimiento de la orientación a la realidad y el acompañamiento psicosocial permanente, con el fin de preservar la calidad de vida y habilidades residuales.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Jesús Antonio Victoria
Edad: 92 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Sábado 11 / Abril / 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **21**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje obtenido ubica al residente en un nivel de Funcionamiento Conservada, evidenciando compromiso en el funcionamiento cognitivo, comunicativo y funcional. Si bien presenta limitaciones significativas, se identifican algunas habilidades conservadas que permiten cierto grado de respuesta adaptativa con apoyo y supervisión.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

El residente presenta un perfil caracterizado por compromiso neurocognitivo global, con desorientación en tiempo y espacio, lenguaje predominantemente no verbal y limitaciones en la comunicación funcional. A nivel atencional, se observa dispersión y dificultades en la concentración sostenida.

En el área emocional, mantiene un estado afectivo eutímico, con adecuada regulación conductual y ausencia de sintomatología disruptiva, evidenciando cooperación con los auxiliares de enfermería y respuesta favorable a estímulos simples.

En el ámbito social, presenta iniciativa de interacción con apoyo del área de psicología y enfermería, aunque logra vincularse a actividades con acompañamiento y estimulación externa, mostrando integración progresiva.

A nivel funcional, requiere apoyo significativo en actividades básicas de la vida diaria, especialmente en higiene, vestido y movilidad, en coherencia con su condición física y cognitiva.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El residente presenta un cuadro compatible con discapacidad intelectual severa, asociado a deterioro neurocognitivo global y compromiso del funcionamiento adaptativo. Se evidencian alteraciones en funciones cognitivas superiores, limitaciones en la comunicación funcional y dependencia parcial-alta en AVD.

El perfil clínico refleja un funcionamiento global comprometido, con necesidad de apoyo continuo y supervisión permanente del área de psicología y enfermería, orientado al mantenimiento de habilidades residuales.

7. CONCLUSIONES GENERALES

- Se evidencia compromiso del funcionamiento cognitivo, adaptativo y funcional, con preservación parcial de algunas habilidades básicas.
- El residente presenta un nivel de dependencia moderada, requiriendo apoyo significativo para la realización de actividades básicas de la vida diaria.
- Se identifican limitaciones en la orientación, comunicación y funciones ejecutivas, que impactan su autonomía.
- A nivel emocional, se observa estabilidad afectiva, constituyéndose como un factor protector.
- Requiere intervención interdisciplinaria continua, enfocada en estimulación cognitiva básica, fortalecimiento de la interacción social asistida y mantenimiento de rutinas estructuradas.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Manuel Nieva
Edad: 71 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Jueves 16/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está			X
	Identifica el día o momento del día			X
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes		X	
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible			X
	Usa gestos o señas para comunicarse	X		
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto			X
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		x	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente			x

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 27/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El residente se ubica en un nivel de funcionamiento relativamente conservado, con presencia de habilidades funcionales que le permiten cierto grado de autonomía en actividades de la vida diaria. No obstante, se evidencian dificultades en el área cognitiva y psicosocial, particularmente en la calidad del pensamiento, la elaboración ideativa y los procesos introspectivos, consistentes con su diagnóstico de base.

A nivel conductual y emocional, mantiene estabilidad clínica, con adecuada respuesta a las demandas del entorno y participación progresiva en actividades institucionales. Requiere supervisión y acompañamiento en tareas específicas, así como intervención continúa orientada al fortalecimiento de habilidades adaptativas y mantenimiento de su funcionalidad.

Adicionalmente, se evidencian manifestaciones de labilidad afectiva, expresadas en episodios de llanto sin desencadenante claro.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante el proceso de valoración, el residente se muestra alerta, orientado y con adecuada disposición, evidenciando actitud colaboradora y receptiva frente a las indicaciones. Logra comprender y ejecutar instrucciones simples, manteniendo contacto visual funcional.

En el componente funcional, se evidencia incontinencia de esfínteres, por lo que el residente hace uso de pañal y requiere apoyo en el manejo del autocuidado.

En el componente comunicativo, presenta lenguaje verbal comprensible, aunque con características de lentificación y baja complejidad discursiva. No se evidencia uso predominante de comunicación gestual.

A nivel conductual, se observa adecuada regulación, sin manifestaciones agresivas durante la evaluación, mostrando cooperación con el personal asistencial. En el entorno institucional, participa en actividades, aunque su permanencia y nivel de implicación pueden variar según el grado de motivación y acompañamiento recibido.

Asimismo, se reportan por parte del personal asistencial episodios ocasionales de llanto sin causa aparente, lo cual sugiere labilidad emocional y requiere seguimiento clínico.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Adulto mayor con diagnóstico de esquizofrenia, en fase de estabilidad clínica, que presenta funcionamiento global conservado, con compromiso leve en procesos cognitivos superiores, particularmente en atención, memoria reciente y organización del pensamiento.

El perfil funcional evidencia independencia parcial, con autonomía en algunas actividades básicas y necesidad de apoyo en actividades de autocuidado, incluyendo el manejo de la incontinencia de esfínteres. A nivel emocional, predomina afecto eutímico, con adecuada regulación conductual.

En el área social, presenta habilidades de interacción funcionales, con participación moderada en el contexto institucional. La ausencia de red de apoyo familiar configura un factor de vulnerabilidad, siendo la institución su principal soporte.

7. CONCLUSIONES GENERALES

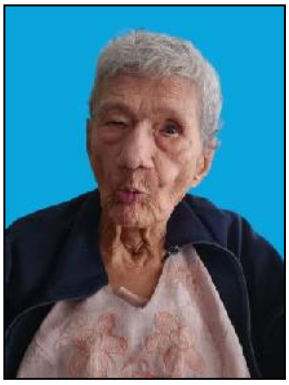
El residente presenta un nivel de funcionamiento general conservado, con estabilidad clínica y capacidades adaptativas que favorecen su desempeño en el entorno institucional.

Se recomienda mantener intervención psicológica continua, enfocada en el fortalecimiento de funciones cognitivas, la estructuración de rutinas, el fomento de habilidades sociales y la prevención de posibles descompensaciones.

El acompañamiento institucional se consolida como un factor protector clave para su bienestar, adaptación y calidad de vida.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Modesta Trujillo
Edad: 87 **Sexo:** Femenina
Fecha de valoración: Lunes 13/ Abril / 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		x	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades	x		
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		x	
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			x
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente		X	
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	x		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 16/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La residente presenta dependencia moderada, con compromiso cognitivo y funcional significativo que requiere acompañamiento permanente en ABVD y supervisión continua.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la aplicación de la escala observacional se evidencia compromiso cognitivo global, con afectación predominante en orientación, atención y memoria reciente. La residente presenta desorientación en tiempo y espacio, así como dificultades para el reconocimiento completo de su entorno.

En el área atencional, se observa distractibilidad marcada y baja capacidad de concentración sostenida. En memoria, se evidencia deterioro en el recuerdo de información personal y eventos recientes.

A nivel comunicativo, presenta lenguaje funcional limitado, con uso de gestos como apoyo expresivo. En el estado emocional se observa estabilidad general, con episodios intermitentes de tristeza y expresión afectiva reducida.

En la conducta, se evidencian episodios ocasionales de irritabilidad con cooperación variable hacia cuidadores. En el área social, la participación es baja y la interacción con otros residentes es escasa.

Finalmente, en autonomía funcional, se identifica dependencia para higiene, vestido y alimentación parcial, aunque conserva movilidad con apoyo institucional, sin independencia funcional plena.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

- Discapacidad intelectual (diagnóstico de base)
- Deterioro cognitivo global severo asociado al envejecimiento
- Dependencia funcional moderada para ABVD
- Incontinencia esfinteriana
- Vulnerabilidad psicosocial por ausencia de red de apoyo familiar
- Funcionamiento social limitado y pasivo

7. CONCLUSIONES GENERALES

La evaluación observacional evidencia un nivel de dependencia moderada (16/40 puntos), asociado a alteraciones en orientación, atención y memoria reciente, así como dificultades en comunicación funcional y participación social.

Se concluye que la residente requiere acompañamiento y supervisión permanente en actividades básicas de la vida diaria, especialmente en autocuidado, higiene, vestido y organización de rutinas.

A pesar del compromiso cognitivo, se identifican capacidades preservadas como respuesta emocional básica y participación asistida, lo cual permite orientar intervenciones hacia la estimulación cognitiva básica, el acompañamiento emocional y el fortalecimiento del entorno institucional como red de apoyo principal.

Se recomienda seguimiento interdisciplinario continuo con psicología, enfermería y trabajo social, orientado a la estabilización funcional y mejora de la calidad de vida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: María Eneria Quiñones Males
Edad: 78 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Martes 14/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente			X

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 14/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La usuaria presenta dependencia moderada, con compromiso significativo en orientación, memoria y comunicación, evidenciando ausencia de lenguaje verbal y uso de comunicación gestual. Se identifican alteraciones cognitivas globales y dificultades atencionales que limitan su adaptación y autonomía. No obstante, conserva parcialmente habilidades básicas como alimentación y movilidad, lo que permite cierto nivel de independencia. Se requiere acompañamiento continuo e intervención estructurada para el mantenimiento de funciones residuales y la mejora de su calidad de vida.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante el proceso de valoración, la usuaria adopta una actitud predominantemente pasiva, aunque se muestra colaboradora y con adecuada respuesta a indicaciones simples. Se evidencia ausencia de lenguaje verbal funcional, empleando de manera exclusiva canales de comunicación no verbal (gestual/señalética) como modalidad expresiva predominante, lo cual limita la interacción y la expresión de necesidades.

En el plano cognitivo, se observa desorientación global en las tres esferas (persona, tiempo y espacio), así como dificultades en la comprensión y ejecución de consignas de mayor complejidad. A nivel conductual, se mantiene clínicamente estable durante la evaluación; no obstante, se reportan antecedentes de conductas agresivas, lo que hace necesario el monitoreo y acompañamiento continuo.

En el contexto institucional, la usuaria muestra mejor desempeño en entornos estructurados, respondiendo de manera más favorable cuando cuenta con mediación y acompañamiento directo de la psicóloga o personal asistencial, lo que favorece su participación y adaptación funcional.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Usuaria adulta mayor con diagnóstico de discapacidad intelectual, que presenta deterioro cognitivo global de moderado a severo, evidenciado en alteraciones en funciones ejecutivas, memoria, orientación y lenguaje, con ausencia de comunicación verbal funcional.

El perfil clínico refleja un compromiso significativo en la autonomía y en la capacidad de interacción con el entorno, requiriendo supervisión permanente y apoyo en actividades de la vida diaria. La comunicación se encuentra restringida a canales no verbales, lo que limita la expresión de necesidades y la interacción social.

A nivel emocional, se evidencia estabilidad clínica en el momento actual; no obstante, se registran antecedentes de conductas agresivas, lo que hace necesario el seguimiento y monitoreo continuo. El cuadro clínico es compatible con un trastorno del neurodesarrollo de curso crónico, con deterioro funcional asociado al proceso de envejecimiento.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La usuaria presenta un compromiso cognitivo global de moderado a severo, en el marco de su diagnóstico de discapacidad intelectual, con afectación significativa en funciones ejecutivas, memoria, orientación y comunicación, evidenciándose ausencia de lenguaje verbal funcional y predominio de comunicación no verbal.

Se ubica en un nivel de dependencia moderada, requiriendo apoyo y supervisión en actividades básicas de la vida diaria, aunque conserva parcialmente habilidades funcionales como la alimentación y la movilidad, lo que permite un grado limitado de independencia.

A nivel conductual y emocional, se mantiene clínicamente estable en el momento actual; sin embargo, los antecedentes de conductas agresivas hacen necesario el seguimiento continuo y la implementación de estrategias de regulación conductual.

La ausencia de una red de apoyo sociofamiliar activa incrementa su condición de vulnerabilidad psicosocial, consolidando al entorno institucional como principal sistema de soporte, cuidado y acompañamiento.

En este contexto, se considera fundamental el abordaje interdisciplinario continuo, orientado al mantenimiento de funciones residuales, fortalecimiento de habilidades adaptativas, regulación emocional y promoción de la calidad de vida.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Pilar Silva
Edad: 69 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Lunes 13/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		x	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades	X		
	Se distrae con facilidad			x
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		X	
	Usa gestos o señas para comunicarse			x
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores			x
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes	X		
	Participa en actividades grupales	X		
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente		X	
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente		x	

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 17/ 40
Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La residente presenta dependencia moderada, con deterioro neurocognitivo significativo que afecta la orientación, atención, memoria y comunicación funcional, generando necesidad de acompañamiento y supervisión permanente en actividades básicas de la vida diaria.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración se evidencia compromiso neurocognitivo global asociado a diagnóstico de demencia, con afectación predominante en memoria reciente, atención sostenida y orientación témporo-espacial.

La residente presenta dificultades para ubicarse en tiempo y espacio, así como para mantener la concentración en actividades estructuradas, mostrando distractibilidad frecuente.

En el área de comunicación, se observa lenguaje poco fluido, con baja coherencia y necesidad de apoyo gestual para la expresión funcional. En memoria, se evidencian fallas en el recuerdo de eventos recientes, con conservación parcial de información personal básica.

A nivel emocional, se identifica estado de ánimo variable, con momentos de estabilidad y episodios de tristeza leve. En el área conductual, se observa cooperación intermitente con cuidadores, con antecedentes de episodios de agresividad.

En el área social, la participación en actividades es limitada y con baja iniciativa, incluso en espacios guiados. En autonomía funcional, la residente requiere apoyo para higiene y vestido, con alimentación parcialmente asistida y movilidad conservada con supervisión debido a riesgo de caídas.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

- Trastorno neurocognitivo mayor (demencia)
- Deterioro global de funciones cognitivas superiores
- Compromiso en memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas
- Dependencia funcional moderada para ABVD
- Alteraciones en comunicación funcional
- Riesgo de inestabilidad conductual (antecedentes de agresividad)

- Vulnerabilidad psicosocial por red de apoyo limitada
- Funcionamiento social reducido

7. CONCLUSIONES GENERALES

La evaluación psicológica integral evidencia que la residente Pilar Silva presenta un trastorno neurocognitivo mayor compatible con demencia, con compromiso global de las funciones cognitivas superiores, afectando significativamente su autonomía y desempeño funcional.

Desde el área psicológica, se observa deterioro en orientación, atención, memoria y lenguaje, lo que limita su capacidad de comprensión, seguimiento de instrucciones y participación activa en actividades terapéuticas.

En el área emocional, se identifica un estado afectivo relativamente estable, con episodios intermitentes de tristeza y posible labilidad emocional asociada al deterioro cognitivo. A nivel conductual, se registra actitud cooperadora variable, con antecedentes de conductas agresivas que requieren monitoreo continuo.

En el área social, la residente presenta baja interacción y escasa iniciativa para la vinculación interpersonal, lo que refleja disminución en la motivación y en las habilidades adaptativas sociales.

Se concluye que la paciente presenta dependencia funcional moderada para actividades básicas de la vida diaria, requiriendo supervisión permanente, acompañamiento estructurado y estimulación cognitiva constante.

Se recomienda intervención psicológica orientada a estimulación cognitiva estructurada, contención emocional, manejo conductual preventivo y fortalecimiento de rutinas diarias, con el fin de mantener el mayor nivel posible de funcionalidad y calidad de vida dentro del entorno institucional.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Nelcy Sánchez Rosero
Edad: 63 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Lunes 13 / Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas			X
	Se ubica en el lugar donde está			X
	Identifica el día o momento del día			X
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes			X
	Recuerda información personal			X
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		X	
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a	X		
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente			X

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **27**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La usuaria presenta un funcionamiento global relativamente conservado, con compromiso en procesos atencionales, mnésicos y de regulación conductual, evidenciando necesidad de apoyo en la estructuración y sostenimiento de actividades, así como en algunas AVD.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, la usuaria se mostró psicomotrizmente inquieta, con discurso logorreico y desorganizado, lo que dificultó la interacción comunicativa fluida. Se evidenció dificultad en la atención sostenida, con tendencia a la distractibilidad y baja permanencia en tareas dirigidas.

A nivel emocional, se observan fluctuaciones afectivas, con presencia ocasional de llanto sin desencadenante claro. No se evidencian conductas agresivas.

En el área funcional, presenta independencia en alimentación y movilidad, con requerimiento de apoyo parcial en higiene y vestido. La interacción social es limitada, con baja iniciativa, aunque responde ante estímulos externos.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Usuaria con diagnóstico de discapacidad intelectual y trastorno afectivo bipolar, que presenta compromiso cognitivo global, principalmente en atención, memoria y funciones ejecutivas.

Se evidencian alteraciones en la organización del pensamiento, logorrea e inquietud psicomotora, que interfieren en su desempeño funcional y participación en actividades estructuradas.

A nivel emocional, presenta eutimia con labilidad afectiva ocasional, sin manifestaciones de agresividad. Requiere acompañamiento continuo para la regulación conductual, emocional y la adherencia a actividades terapéuticas.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La usuaria presenta un nivel de funcionamiento conservado con compromiso cognitivo y conductual significativo, que afecta su capacidad de atención, organización y adaptación a demandas del entorno.

Mantiene independencia parcial en actividades básicas, requiriendo apoyo en autocuidado y supervisión en su participación ocupacional.

El cuadro clínico es consistente con un trastorno neuropsiquiátrico crónico, que demanda intervención psicológica estructurada, acompañamiento interdisciplinario y fortalecimiento del soporte familiar, con el fin de optimizar su funcionalidad y calidad de vida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: German Sánchez Tovar
Edad: 90 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Martes 14/ Abril / 2026

2. METODOLOGÍA

___x___ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x___ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad		X	
MEMORIA	Recuerda eventos recientes		X	
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		X	
	Usa gestos o señas para comunicarse		X	
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	x		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **18**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El residente presenta un nivel de dependencia moderada, con compromiso significativo en funciones cognitivas, sensoriales y adaptativas, requiriendo apoyo frecuente para la ejecución de AVD y participación en actividades estructuradas.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, el residente se muestra en estado de alerta, tranquilo y clínicamente estable, con comportamiento general pasivo. Presenta importantes limitaciones sensoriales (visual y auditiva), lo que dificulta la interacción con el entorno.

Se evidencia ausencia de comunicación verbal funcional, con respuestas ocasionales a estímulos externos mediante gestos o reacciones simples. El nivel de comprensión de instrucciones es bajo, con dificultad para el seguimiento de órdenes básicas.

A nivel cognitivo, se observa desorientación en tiempo y espacio, con mejor conservación de reconocimiento de personas cercanas de manera fluctuante.

En el área emocional, se mantiene predominio de tranquilidad, con episodios ocasionales de llanto según reporte del personal asistencial.

Funcionalmente, requiere apoyo en actividades de autocuidado (higiene y vestido), aunque conserva cierta capacidad de alimentación asistida. Su movilidad es limitada, con deambulación asistida o inestable, incrementando el riesgo de caídas.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Adulto mayor con diagnóstico de demencia senil, que deterioro cognitivo global de carácter moderado a severo, con compromiso en memoria, orientación, lenguaje, y funciones ejecutivas.

Presenta ausencia de comunicación verbal funcional, con respuesta conductual mínima al entorno, en el marco de un trastorno neurocognitivo mayor de curso progresivo.

Se evidencia dependencia funcional significativa, especialmente en actividades básicas de la vida diaria, asociada a limitaciones sensoriales, motoras y cognitivas.

El perfil clínico es consistente con un cuadro de alto deterioro neuropsicológico, que requiere acompañamiento permanente, supervisión continua e intervención interdisciplinaria orientada a la preservación de su calidad de vida.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un estado de dependencia funcional moderada con tendencia a severidad, asociado a deterioro neurocognitivo progresivo.

Requiere apoyo constante en actividades básicas, supervisión permanente y acompañamiento institucional para garantizar seguridad y bienestar.

Se recomienda mantener intervenciones de estimulación sensorial, rutinas estructuradas y seguimiento interdisciplinario continuo, además de fortalecer el vínculo con la red de apoyo familiar disponible.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Marleny Saavedra Losada
Edad: 78 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Martes 14 / Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x___ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x___ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad		X	
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente			X

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 15 / 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El residente presenta un nivel de dependencia moderada, con compromiso en funciones cognitivas y adaptativas, que impacta parcialmente su autonomía, requiriendo apoyo frecuente en la realización de actividades básicas de la vida diaria y supervisión en el entorno institucional.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, la usuaria se encuentra en estado de alerta, tranquila y cooperadora, con adecuada disposición al proceso evaluativo. Se evidencia limitación en la comunicación verbal funcional, con dificultades para mantener un discurso estructurado.

A nivel cognitivo, presenta compromiso en la orientación temporo-espacial, con reconocimiento intermitente de personas cercanas. La atención se muestra fluctuante, con tendencia a la distractibilidad ante estímulos del entorno.

En el área funcional, requiere apoyo parcial para actividades de higiene y vestido, conservando parcialmente la capacidad de alimentación asistida. Se observa movilidad independiente con supervisión por riesgo de caídas.

En el componente emocional, mantiene predominio de estado afectivo eutímico, con participación ocasional en actividades grupales bajo acompañamiento.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Usuaria adulta mayor con diagnóstico de discapacidad intelectual, que cursa con compromiso cognitivo moderado, evidenciado en alteraciones de la atención, memoria y orientación, con impacto en su desempeño funcional y adaptativo.

Se observa dependencia parcial para ABVD especialmente en tareas de autocuidado, manteniendo capacidades residuales que permiten cierto nivel de autonomía asistida.

El perfil emocional se encuentra estable, sin indicadores de descompensación clínica o alteraciones conductuales relevantes al momento de la evaluación.

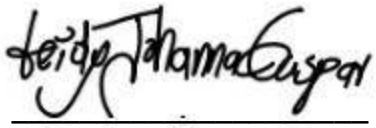
El cuadro es compatible con un trastorno del neurodesarrollo con compromiso funcional asociado, que requiere acompañamiento continuo, intervención interdisciplinaria y estimulación cognitiva sistemática.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La usuaria presenta un estado de dependencia moderada con afectación cognitiva y funcional, que limita parcialmente su autonomía en el desarrollo de actividades cotidianas.

Se recomienda mantener acompañamiento institucional permanente, junto con estrategias de estimulación cognitiva, orientación temporo-espacial y fortalecimiento de habilidades adaptativas, orientadas a preservar capacidades funcionales residuales.

Asimismo, es fundamental continuar con el abordaje interdisciplinario, garantizando supervisión, contención emocional y promoción del bienestar integral dentro del entorno institucional.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: José Eustasio Rivera
Edad: 71 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Martes 14/Abril /2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad		X	
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente			X

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 17/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje obtenido se ubica en el rango de dependencia moderada, lo que indica la presencia de compromiso en áreas cognitivas y socioadaptativas, con impacto en la funcionalidad global. Si bien el residente conserva autonomía en algunas actividades básicas, se evidencian dificultades en orientación, memoria, comunicación y atención, que requieren supervisión, acompañamiento y estrategias de intervención estructurada para favorecer su desempeño y adaptación al entorno.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante el proceso de valoración, el residente se mostró colaborador, con adecuada disposición frente a la interacción y seguimiento de instrucciones simples. Se evidenció predominio de comunicación no verbal, asociada a su limitación auditiva, lo que requiere ajustes en las estrategias de abordaje.

Se observan dificultades en la orientación temporal, memoria reciente y estructuración del lenguaje, así como limitaciones en funciones ejecutivas. A nivel conductual, no se reportan manifestaciones de agresividad, manteniéndose estable y con adecuada respuesta a la guía del personal.

Se destaca una evolución favorable en la participación en actividades institucionales, evidenciándose mayor implicación, lo cual favorece su estimulación cognitiva y adaptación psicosocial.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Adulto mayor con diagnóstico de discapacidad intelectual, que presenta compromiso cognitivo de carácter leve a moderado, con alteraciones en funciones ejecutivas, orientación temporal y procesamiento de la información, que inciden en su funcionamiento adaptativo.

A nivel emocional y conductual, se observa estabilidad afectiva, sin presencia de conductas disruptivas. Mantiene habilidades funcionales conservadas en actividades básicas, así como disposición para la interacción y participación en actividades estructuradas.

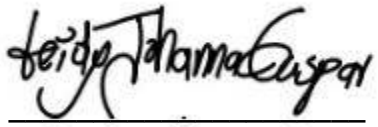
El perfil evidencia necesidad de acompañamiento institucional continuo, enfocado en el fortalecimiento de habilidades cognitivas, adaptativas y comunicativas, así como en la promoción de la funcionalidad y calidad de vida.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un estado general estable, con compromiso cognitivo asociado a su diagnóstico de base, que impacta principalmente en la orientación, la comunicación y las funciones ejecutivas.

A pesar de dichas limitaciones, conserva un nivel funcional que le permite la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, así como una adecuada adaptación al entorno institucional, favorecida por su actitud colaboradora y participación en actividades.

La ausencia de red de apoyo familiar constituye un factor de riesgo psicosocial, por lo que el acompañamiento institucional continuo resulta fundamental para garantizar su bienestar integral, mantenimiento de habilidades residuales y adecuada calidad de vida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Leonado Pérez
Edad: 71 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Jueves 16 / Abril / 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse	X		
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a	X		
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores	X		
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes	X		
	Participa en actividades grupales		x	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 10 / 40

Interpretación:
0 – 13**: Dependencia alta**
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El adulto mayor con esquizofrenia presenta dependencia alta, con deterioro cognitivo, comunicación muy limitada y necesidad de asistencia permanente en las actividades básicas de la vida diaria. Requiere acompañamiento e intervención interdisciplinaria continua para su cuidado y mantenimiento funcional.:

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante el proceso de valoración, el usuario se muestra en actitud receptiva, con cooperación parcial frente a las indicaciones de la psicologa. Se evidencia contacto visual intermitente y respuesta disminuida ante estímulos verbales.

Se observa compromiso significativo en la orientación global (persona, tiempo y espacio), así como dificultades en la comprensión de consignas simples y complejas. El comportamiento general se mantiene estable en el contexto estructurado, sin embargo, se identifica baja iniciativa para la interacción espontánea.

En el componente comunicativo, predomina la ausencia de lenguaje verbal funcional, con escasa utilización de comunicación no verbal, lo que limita de forma importante la interacción social y la expresión de necesidades básicas.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Adulto mayor con diagnóstico de esquizofrenia, que presenta deterioro cognitivo y funcional severo, evidenciado en alteraciones significativas en las funciones mentales superiores, particularmente en orientación, atención, memoria, lenguaje y pensamiento.

El perfil clínico refleja alta dependencia funcional para la ejecución de actividades de la vida diaria, con requerimiento de supervisión permanente y asistencia continua. Se observa compromiso importante en la interacción socio-comunicativa, caracterizado por baja expresividad, escasa iniciativa y limitaciones en la participación social.

A nivel emocional, se evidencia estabilidad parcial en contexto estructurado, sin embargo, dada la condición de base, requiere monitoreo constante y acompañamiento interdisciplinario continuo.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El usuario presenta un cuadro clínico compatible con esquizofrenia en fase de deterioro funcional severo, con compromiso global de las funciones cognitivas, comunicativas y adaptativas. Su nivel de dependencia es alto, requiriendo apoyo permanente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Se identifica la necesidad de intervención interdisciplinaria continua, con énfasis en psicología, enfermería y terapia ocupacional, orientada al mantenimiento de habilidades residuales, contención emocional y estructuración de rutinas.

La ausencia de una red de apoyo familiar activa refuerza la importancia del entorno institucional como principal sistema de soporte, siendo fundamental para la estabilidad, cuidado integral y calidad de vida del usuario.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Orlando Ospina
Edad: 75 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Jueves 16 /Abril / 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día		X	
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad		X	
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a	X		
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		x	
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes	X		
	Participa en actividades grupales			x
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 15/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El residente se ubica en un nivel de dependencia moderada, evidenciando compromiso en el funcionamiento cognitivo y funcional, especialmente en orientación, memoria y comunicación. Se identifican limitaciones en la autonomía para la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, así como dificultades en la interacción socio-comunicativa, con predominio de comunicación no verbal. No obstante, conserva algunas capacidades funcionales que, con acompañamiento estructurado, permiten su participación en actividades institucionales. Se requiere supervisión continua e intervención interdisciplinaria orientada al mantenimiento de habilidades residuales y al fortalecimiento de su adaptación al entorno.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, el residente se muestra alerta, con actitud tranquila, receptiva y colaboradora ante indicaciones simples. Se evidencia desorientación parcial en las esferas temporoespacial, así como compromiso en los procesos cognitivos superiores.

En el componente comunicativo, predomina el uso de sistemas de comunicación no verbal de tipo gestual/señalético (SAAC), con limitaciones en la expresión verbal funcional, lo que restringe la interacción y la manifestación de necesidades.

A nivel conductual, se observa estabilidad durante la evaluación; sin embargo, se reportan episodios ocasionales de conducta agresiva de carácter situacional, los cuales son modulables mediante acompañamiento y estrategias de redirección. En el entorno institucional, responde favorablemente a la mediación terapéutica y al acompañamiento continuo, mostrando mayor participación en actividades estructuradas.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Adulto mayor con diagnóstico de discapacidad intelectual, que presenta deterioro cognitivo global de curso crónico, evidenciado en alteraciones de las funciones mentales superiores, particularmente en orientación, funciones ejecutivas, juicio y razonamiento.

El perfil clínico se caracteriza por dependencia funcional moderada, con limitaciones en la autonomía para las actividades básicas de la vida diaria y compromiso en la comunicación, con predominio de estrategias no verbales dentro de sistemas aumentativos y alternativos (SAAC).

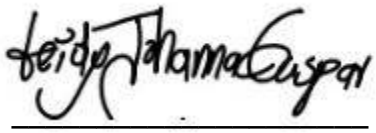
A nivel emocional y conductual, se observa estabilidad clínica en el momento de la valoración, con antecedentes de episodios conductuales situacionales que requieren monitoreo. El cuadro es consistente con un trastorno del neurodesarrollo, con afectación funcional asociada al envejecimiento, que requiere abordaje interdisciplinario continuo.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un perfil de funcionamiento caracterizado por compromiso cognitivo y funcional, con un nivel de dependencia moderada que limita su autonomía e interacción con el entorno.

Se evidencia la necesidad de acompañamiento permanente, estructuración del entorno y continuidad en intervenciones psicológicas e interdisciplinarias, orientadas al mantenimiento de habilidades residuales, fortalecimiento de la comunicación funcional y promoción de la participación en actividades institucionales.

El soporte institucional se configura como eje fundamental para garantizar su bienestar integral, calidad de vida y estabilidad emocional.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Anarcila Mosquera Lasso
Edad: 68 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Jueves 16/ Abril / 2026

2. METODOLOGÍA

___x_____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x_____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades	X		
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse		X	
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a	X		
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas			X
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		x	
	Participa en actividades grupales		x	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente			x

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: 16 / 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La residente se ubica en un nivel de dependencia moderada (16/40), con compromiso en el funcionamiento cognitivo, conductual y funcional. Presenta dificultades en orientación, atención, memoria y comunicación, predominando un estilo comunicativo no verbal. Se evidencian respuestas conductuales reactivas, especialmente ante estímulos no anticipados, y una participación social limitada. A nivel funcional, requiere apoyo permanente en actividades básicas de la vida diaria. En conjunto, requiere seguimiento interdisciplinario continuo, enfocado en manejo conductual, estimulación cognitiva y fortalecimiento de habilidades adaptativas.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, la residente se presenta alerta, con actitud receptiva y parcialmente colaboradora. Mantiene contacto visual funcional; sin embargo, la interacción es limitada y mediada principalmente por comunicación no verbal.

Se observa baja iniciativa para la participación, requiriendo motivación constante y acompañamiento para integrarse a las actividades. A nivel conductual, no se evidencian episodios disruptivos durante la evaluación; no obstante, el personal asistencial refiere antecedentes de conductas agresivas, especialmente ante contacto físico no anticipado.

En el área funcional, se evidencia dependencia en actividades de autocuidado, con necesidad de apoyo permanente debido a la incontinencia de esfínteres. En términos generales, la residente responde mejor en contextos estructurados y predecibles.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Adulta mayor con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, que presenta compromiso moderado en el funcionamiento cognitivo global, con alteraciones en pensamiento, atención, memoria y procesos de juicio.

El perfil comunicativo se caracteriza por limitaciones en el lenguaje verbal, con predominio de comunicación no verbal (gestual/señalética), lo cual restringe la interacción social funcional. A nivel conductual, se identifican antecedentes de respuestas reactivas de tipo agresivo, especialmente ante estímulos no anticipados, requiriendo manejo estructurado.

En el ámbito funcional, presenta dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria, con necesidad de supervisión y apoyo continuo. A nivel psicosocial, evidencia habilidades sociales disminuidas y baja iniciativa, con participación limitada.

Cuenta con red de apoyo familiar activa, la cual actúa como factor protector. El cuadro clínico es consistente con un trastorno mental crónico que requiere seguimiento permanente.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La residente presenta un nivel de funcionamiento global caracterizado por dependencia moderada, con compromiso en las áreas cognitiva, conductual y funcional, en coherencia con su diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Se evidencia estabilidad clínica parcial en contextos estructurados; no obstante, persisten factores de riesgo asociados a respuestas conductuales reactivas, dificultades en la comunicación y limitaciones en la autonomía.

Se hace necesario mantener un abordaje interdisciplinario continuo, enfocado en el manejo conductual preventivo, la estimulación cognitiva, el fortalecimiento de habilidades adaptativas y la estructuración del entorno, con el fin de favorecer su bienestar integral y calidad de vida dentro del contexto institucional.

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266