UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER COMUNITARIO SOBRE MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE PUCALLPA 2026

Tesis para optar el título profesional de
MÉDICO CIRUJANO

WAGNER MENDOZA, ANNIE MÍA

Pucallpa – Perú

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Comisión de Grados y Títulos

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N°017-2026-FMH

En Pucallpa, a los ..10.... días del mes de SETIEMBRE..... del dos mil veintiséis, siendo las 18:30 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes del auditorio de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER COMUNITARO SOBRE MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES"**, elaborado por el (la) Bachiller en Medicina Humana **ANNIE MIA WAGNER MENDOZA.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

Dr. JHONY ALBERTO DE LA CRUZ VARGAS	(Presidente)
M.C. Mg. ANTONIO ALBERTO PEÑA TORRES	(Miembro)
M.C. EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de ...APROBADO..... por .UNANIMIDAD.... con el calificativo de .....17..... Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el **TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**.

Pucallpa, ..10..... de ..SETIEMBRE..... del 2026.

Dr. Jhony Alberto De La Cruz Vargas
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Antonio Alberto Peña Torres
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Comisión de Grados y Títulos

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N°017-2026-FMH

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

DR. JHONY ALBERTO DE LA CRUZ VARGAS
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. MG. ANTONIO ALBERTO PEÑA TORRES
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. OSCAR MARCELINO CORNEJO CHAVEZ
ASESOR DE TESIS

BACH. ANNIE MIA WAGNER MENDOZA
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TESIS

Nº V/394-2026.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que la Tesis titulada:

"IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER COMUNITARIO SOBRE MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE PUCALLPA 2026."

Autor(es)	:	**WAGNER MENDOZA, ANNIE MÍA**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	**DR. CORNEJO CHAVEZ OSCAR MARCELINO**

Presenta un **porcentaje de similitud de 2%**, verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO.

De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el articulo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica: "todo trabajo de investigación no debe superar el 10%". **En tal sentido, se declara, que la TESIS presenta un porcentaje aceptable de similitud**, procediéndose a emitir la presente Constancia a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 14/07/2026

Dr. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, Wagner Mendoza Arnis Mfa

Autor de la tesis titulada : Implementación de un Taller Comunitario Sobre Manejo de la Depresión en Adultos Mayores de Pucallpa 2026

Sustentada el año: 2026

Asesor(a): Cornejo Chavez Oscar Marcelino

Facultad: Medicina Humanas

Escuela Profesional: Medicina Humanas

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] TOTAL [X]

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 20/01/2026

Email: 0002170886@unu.edu.pe Firma:

Teléfono: 981272663 DNI: 71717710

www.repositorio.unu.edu.pe
repositorio@unu.edu.pe

DEDICATORIA

A mi madre, por su apoyo incondicional, sacrificio, amor constante y por ser mi mayor ejemplo de esfuerzo y perseverancia. Gracias por creer en mí y acompañarme en cada etapa de mi vida.

A mi hermano, por su compañía, comprensión y palabras de aliento que me motivaron a seguir adelante en los momentos más difíciles.

A toda mi familia, por su cariño, confianza y apoyo incondicional. Este logro también les pertenece, porque han sido una parte fundamental de mi crecimiento personal y profesional. Con todo mi amor y gratitud.

Annie Mia Wagner Mendoza

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a Dios por brindarme la fortaleza, sabiduría y perseverancia necesarias para culminar esta importante etapa de mi formación profesional.

A mi asesor de tesis, por su guía constante, dedicación y valiosos conocimientos compartidos durante el desarrollo de esta investigación. Su apoyo fue fundamental para alcanzar los objetivos planteados.

A los docentes de la institución, quienes contribuyeron a mi crecimiento académico y profesional mediante sus enseñanzas y experiencia.

A mi mamá, mi hermano y familiares, por su amor, confianza y apoyo incondicional a lo largo de mi formación. Gracias por ser mi principal fuente de motivación para seguir adelante ante cada desafío.

Finalmente, agradezco a todas las personas que colaboraron directa o indirectamente en la realización de este trabajo de investigación, aportando su tiempo, conocimientos y aliento para hacer posible su culminación.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTO vii
ÍNDICE GENERAL viii
ÍNDICE DE TABLAS x
ÍNDICE DE FIGURAS xi
ÍNDICE DE ANEXOS xii
RESUMEN xiii
ABSTRACT xiv
INTRODUCCIÓN xv
CAPÍTULO I PROBLEMA 16
1.1. Planteamiento del Problema 16
1.2. Formulación del problema 18
1.2.1. Problema General 18
1.2.2. Problemas Específicos 18
1.3. Objetivo: General y Específico 18
1.3.1. Objetivo General 18
1.3.2. Objetivos Específicos 19
1.4. Justificación 19
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO 23
2.1. Antecedentes 23
2.1.1. Antecedentes internacionales 23
2.1.2. Antecedentes nacionales 24
2.1.3. Antecedentes locales 25
2.2. Bases Teóricas 26
2.2.1. Depresión 26
2.2.2. Talleres comunitarios como estrategia de intervención 32
2.2.3 Definición de términos básicos 34
2.3. Hipótesis 37
2.3.1. Hipótesis General 37
2.3.2. Hipótesis Específicas 37
2.4. Variables de estudio 37
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 39

3.1. Ámbito de Estudio 39
3.2. Tipo de Investigación 39
3.3. Nivel de Investigación 39
3.4. Método de Investigación 40
3.5. Diseño de Investigación 40
3.6. Población, Muestra, Muestreo 41
3.6.1. Población 41
3.6.2. Muestra 41
3.6.3. Muestreo 41
3.6.4. Criterios de inclusión y exclusión 42
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 42
3.8. Procedimiento de Recolección de Datos 44
3.9. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos 44
CAPÍTULO IV RESULTADOS 46
4.1. Presentación de Resultados 46
4.2. Discusión 60
CONCLUSIONES 64
RECOMENDACIONES 65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 66
ANEXOS 71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según sexo*..... 46

Tabla 2: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según estado civil* 47

Tabla 3: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según con quién vive.* 48

Tabla 4: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según nivel de instrucción.*..... 49

Tabla 5: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según condición laboral.* 51

Tabla 6: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según enfermedades crónicas y apoyo.*..... 52

Tabla 7: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según Test de Pfeiffer.*..... 53

Tabla 8: *Resultado del pretest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.* 54

Tabla 9: *Resultado del postest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.* ... 55

Tabla 10: *Resultado cruzado entre el pretest y el postest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.*..... 57

Tabla 11: *Prueba de normalidad* 58

Tabla 12: *Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para dos muestras relacionadas*..... 59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa* 46

Figura 2: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según estado civil.* 47

Figura 3: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según con quién vive.* 48

Figura 4: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según nivel de instrucción.* 49

Figura 5: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según condición laboral.* 51

Figura 6: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según enfermedades crónicas y apoyo.* 52

Figura 7: *Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según Test de Pfeiffer* 53

Figura 8: *Resultado del pretest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.* 54

Figura 9: *Resultado del postest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.* 56

Figura 10: *Resultado cruzado entre el pretest y el postest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026* 57

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N°01: Matriz de consistencia 72
Anexo N°02: Instrumentos de recolección de datos 74
Anexo N°03: Validación de instrumentos por juicio de expertos 79
Anexo N°04: Prueba Piloto 87
Anexo N°05: Programa de sesiones del taller comunitario 90
Anexo N°06: Desarrollo de las sesiones del taller comunitario 92
Anexo N°07: Consentimento informado 104
Anexo N°08: Carta de aceptación 105
Anexo N°09: Constancia de recolección de datos para proyecto de investigación 106
Anexo N°10: Aprobación de proyecto por el comité de ética 107
Anexo N°11: Proyecto de investigación aprobado 108
Anexo N°12: Evidencia fotográfica 109

RESUMEN

La investigación se desarrolló con el **objetivo** de Evaluar el efecto de la implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026**. Metodología:** El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, de nivel exploratorio y de diseño pre experimental. **Población y muestra:** La población de estudio de esta investigación comprendió todos los adultos mayores del programa de atención de la tercera edad del centro de salud 9 de octubre que son 50 de los cuales 19 son varones y 31 mujeres. Dicho grupo constituyó entonces la población objetivo o población de interés, se consideró una muestra poblacional o censal**. Técnica e Instrumento:** Para recolectar información se utilizó como técnica la encuesta. La herramienta que permitió la recolección de datos fue una prueba cerrada estructurada para ver los niveles de depresión en los adultos mayores. **Resultados:** Comparando los resultados durante el pretest y postest, observamos claramente una diferencia significativa en la mejora del manejo de la depresión de los adultos mayores, ya que en el pre test no presentaban síntomas de depresión 13 (26%) y en el post test mejoró significativamente a 30 (60%) participantes. Esta mejora de la implementación de un taller comunitario la cual permitió mejorar el manejo de la depresión. **Conclusión:** la implementación de un taller comunitario sobre el manejo de la depresión contribuyó a los cambios significativos en los niveles de depresión en adultos mayores de Pucallpa, 2026. Ya que el taller comunitario tuvo un efecto significativo en la reducción de la depresión en adultos mayores. Los resultados del test de Wilcoxon ($Z = -4{,}987$; $p < 0{,}001$) muestran que los niveles de depresión disminuyeron de manera estadísticamente significativa tras la intervención

Palabras clave: Depresión, Educación en salud, Salud mental, Adulto mayor.

ABSTRACT

The research was conducted to evaluate the effect of implementing a community workshop on depression management in older adults in Pucallpa in 2026. **Methodology:** The study employed a quantitative, applied, pre-experimental approach. **Population and Sample:** The study population comprised all 50 older adults at the Pucallpa Comprehensive Senior Center, of whom 19 were men and 31 were women. This group constituted the target population or population of interest, and a census sample was selected. **Technique and Instrument:** Data was collected using a survey. The instrument used was a structured, closed-ended questionnaire designed to assess depression levels in the older adults. **Results:** Comparing the pre-test and post-test results, a significant improvement in depression management was observed among the older adults. In the pre-test, 13 (26%) showed no symptoms of depression, while in the post-test, this improvement was significantly higher in 30 (60%) of participants. This improvement resulted from the implementation of a community workshop that improved depression management. **Conclusion:** The implementation of a community workshop on depression management produced significant changes in depression levels among older adults in Pucallpa, 2026. The community workshop had a significant effect on reducing depression in older adults. The Wilcoxon test results ($Z = -4,987$; $p < 0,001$) show that depression levels decreased significantly after the intervention.

Keywords: Depression, Health educations, mental health older adults.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los problemas de salud mental que con frecuencia afecta a los adultos mayores, ocasionando impacto en su bienestar emocional, sus relaciones tanto en el ámbito familiar y social, además de su calidad de vida. Diversos factores, como la disminución de sus capacidades físicas, soledad, la pérdida de seres queridos, las enfermedades crónicas y la disminución de la participación en actividades sociales, pueden contribuir al desarrollo de síntomas depresivos en esta población. En la ciudad de Pucallpa, esta situación mayoritariamente no es tomada de mucha importancia, por lo que resulta necesario implementar estrategias que promuevan la salud mental y el envejecimiento saludable.

En este contexto, la implementación de los talleres comunitarios propone una alternativa de intervención que favorece tanto la integración social, el apoyo emocional y el desarrollo de habilidades para afrontar las situaciones difíciles. Por ese motivo la presente investigación busca evaluar el efecto que tendría el implementar un taller comunitario sobre el manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa durante el año 2026. Los resultados tienen la finalidad de permitir conocer la eficacia de esta estrategia y aportar evidencia de ello para el diseño de programas orientados a mejorar la salud mental y la calidad de vida de los adultos mayores.

Es así que la investigación se organizó en cuatro capítulos; el primer capítulo abordó el planteamiento del problema con las características que el estudio encierra; el segundo capítulo se abordó el marco teórico que sustentaron la investigación; el tercer capítulo trató sobre la metodología que el estudio empleó para el desarrollo y ejecución; y, el cuarto capítulo presentó los resultados; así también se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias y los anexos.

CAPÍTULO I
PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

El envejecimiento poblacional plantea nuevas mayores demandas para los servicios de salud en el desarrollo pleno de las personas y comunidades, debido a que influye directamente en la estabilidad emocional, la funcionalidad cotidiana, las relaciones familiares y la participación social. No obstante, con frecuencia no recibe la importancia necesaria dentro del sistema de salud, lo cual limita la promoción de prácticas preventivas, la identificación precoz y la atención temprana de los trastornos mentales. Esta situación se vuelve más preocupante en zonas donde el acceso a profesionales especializados y acciones de intervención es reducido, como ocurre en Pucallpa; siendo este el motivo por qué Bajo este contexto, se observa una mayor vulnerabilidad de los adultos mayores frente a trastornos emocionales, especialmente la depresión, debido a factores tales como el retraimiento social, las patologías crónicas, la reducción de la autonomía personal, las limitaciones económicas y la pérdida de soporte social.

El sector de personas de edad avanzada constituye una problemática de salud pública que demanda una mayor intervención. Por ejemplo, en comunidades indígenas de Purús se registró una prevalencia de depresión del 32.8 %, de la cual el 26 % correspondió a depresión leve mientras que el 6.8 % a depresión severa. Aunque dicho estudio se desarrolló específicamente en Purús, sus resultados permiten advertir una posible tendencia similar en otras zonas de la Amazonía peruana, como Pucallpa, donde también existen condiciones sociales, económicas y sanitarias que pueden propiciar la aparición o el agravamiento de la depresión en la población adulta mayor (1).

Los hallazgos presentados en este estudio muestran la aparición significativa de sintomatología depresiva en la región amazónica. A su vez, considerando la antigüedad de la investigación, resulta razonable pensar que las cifras actuales podrían ser mayores, debido al incremento de factores socioeconómicos, familiares y de salud pública que perjudican especialmente a las personas de la tercera edad. La pobreza y la escasa disponibilidad de cobertura de atención especializada, la falta de acompañamiento familiar, las enfermedades degenerativas, el duelo asociado al fallecimiento de seres queridos y la reducida participación en espacios comunitarias pueden intensificar los sentimientos de pesadumbre, la sensación de no sentirse útil, abandono y pérdida de esperanza. Estos elementos, si son abordados oportunamente, permite acercar la atención a la vida cotidiana de las personas mayores, favoreciendo la prevención, identificación temprana y el acompañamiento grupal.

Por esa razón, la ausencia de programas comunitarios concretos para mejorar el desarrollo de los servicios de salud dirigido a las personas mayores en Pucallpa agrava esta problemática. Si bien existen Centros que tratan esta problemática mediante atención Comunitaria en la región, como el establecimiento de Salud Mental Comunitario “Bena Manati”, sus programas de atención no siempre se orientan de manera diferenciada a las demandas de la población de edad avanzada; de esta manera esta situación genera una brecha en la atención de este grupo etario, sobre todo cuando se consideran sus condiciones sociales, familiares y clínicas; por ello muchos adultos mayores pueden presentar síntomas depresivos que no son identificados a tiempo, ya sea porque se confunden con cambios propios del envejecimiento o porque no cuentan con espacios adecuados para expresar sus emociones, recibir orientación psicológica y fortalecer sus recursos personales de afrontamiento.

Ante esta realidad, la implementación de un taller comunitario orientado a la atención de la depresión en la población mayor en Pucallpa constituye una estrategia pertinente y necesaria; siendo el motivo por el cual este tipo de intervención permitirá promover la identificación oportuna de signos y síntomas depresivos, fortalecer la

autoestima, fomentar la expresión emocional, desarrollar habilidades de afrontamiento y crear redes de apoyo entre los participantes, sus familias y la comunidad; Además el taller puede contribuir a reducir la reclusión social, optimizar la comunicación familiar y promover la participación activa del sector de edad avanzada en actividades significativas; de este modo, el manejo comunitario de la depresión no solo se orienta a disminuir los síntomas emocionales, sino también a fortalecer las condiciones de vida, la independencia y el bienestar integral del sector de edad avanzada de la comunidad.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el efecto de la implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los niveles de depresión en adultos mayores antes y después de la implementación del taller comunitario en Pucallpa, 2026?
- ¿Existe diferencia significativa entre los niveles de depresión antes y después de la implementación del taller comunitario en adultos mayores de Pucallpa, 2026?

1.3. Objetivo: General y Específico

1.3.1. Objetivo General

Evaluar el efecto de la implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los niveles de depresión en adultos mayores antes y después de la implementación del taller comunitario en Pucallpa, 2026.
- Comparar los niveles de depresión en adultos mayores antes y después de la implementación del taller comunitario en Pucallpa, 2026.

1.4. Justificación

El proyecto de implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión en la población de la tercera edad de Pucallpa es fundamental por el motivo de la vulnerabilidad de este grupo etario ante trastornos de salud mental y la falta de programas dirigidos a su atención, y el impacto negativo que por estas condiciones se ven afectados en su bienestar integral.

La depresión no solo compromete la condición emocional del sector de personas mayores; sino que también influye en su bienestar físico, incrementando el riesgo de patologías crónicas y disminuyendo su capacidad de participar activamente en la comunidad y sociedad; por este motivo se incrementa la sensación de aislamiento, disminuyendo la autoestima y elevan el riesgo de conductas suicidas en este grupo etario (2).

La implementación de un taller comunitario ayudará a empoderar a los adultos mayores con conocimientos y herramientas para manejar síntomas iniciales de depresión. Además, fomentará la creación de redes de acompañamiento mutuo, lo que reducirá la reclusión y promoverá la integración comunitaria. Según el enfoque de la salud comunitaria, las intervenciones tempranas son necesarias para reducir las repercusiones de los trastornos de salud mental en poblaciones vulnerables (3).

El Mejorar la salud mental del sector de la tercera edad impacta positivamente no únicamente en ellos, sino también en sus familias y comunidades; Un adulto mayor

sano emocionalmente puede desempeñar un rol activo en su entorno, fortaleciendo los lazos familiares y promoviendo el desarrollo comunitario.

Justificación Social

La presente investigación se sustenta socialmente porque aborda una problemática relevante para la población adulta mayor de Pucallpa, grupo etario que se encuentra expuesto a condiciones de vulnerabilidad asociadas al envejecimiento, la presencia de patologías crónicas, la escasez de sistema de apoyo social, la marginación social y la limitada atención especializada en salud mental; La depresión en la población de edad avanzada no solo afecta su estado emocional, sino que también repercute en su salud física, en su autonomía y en su participación en el ámbito familiar y comunitario. Asimismo, puede incrementar la sensación de soledad, disminuir la autoestima y elevar el riesgo de conductas suicidas en este grupo poblacional (2).

Desde esta perspectiva, la implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión permitirá promover espacios de orientación, acompañamiento y apoyo mutuo, favoreciendo la integración social de los adultos mayores; además, contribuirá a fortalecer sus capacidades para reconocer síntomas iniciales de depresión, expresar sus emociones y buscar ayuda oportunamente; de esta manera, el estudio beneficiará no solo a la población de la tercera edad participantes, sino también a su hogar y a las personas con la cual conviven por lo tanto interactúan, al promover un envejecimiento más saludable, activo y emocionalmente equilibrado.

Justificación Teórica

En términos teóricos, el proceso de investigación se sustenta al contribuir a ampliar el conocimiento sobre el manejo de la depresión en el sector de las personas mayores desde un enfoque comunitario; la depresión en esta fase de la vida constituye un desafío en la salud mental que requiere ser comprendido no solo desde una perspectiva clínica, sino también desde sus dimensiones sociales, familiares y

comunitarias; por ello, el estudio aportará información relevante sobre cómo una intervención educativa y participativa puede influir en la afectación por depresión en los adultos mayores.

Asimismo, el trabajo permitirá consolidar la comprensión de la salud mental comunitaria como una orientación a la detección precoz y abordaje de los trastornos emocionales en poblaciones vulnerables; según el enfoque de la salud comunitaria, las intervenciones tempranas son fundamentales para reducir la carga que generan los trastornos de salud mental y mejorar las condiciones de vida de las personas involucradas (3). Por tanto, esta investigación contribuirá a sustentar la importancia de los talleres comunitarios como opción de intervención en la gestión de la sintomatología depresiva en la población de adultos mayores (3).

Justificación Práctica

En el plano práctico, el presente trabajo investigativo se considera necesario el proponer la implementación de un taller comunitario dirigido al manejo de la sintomatología depresiva en el sector de personas mayores de Pucallpa; esta intervención va a permitir brindar el conocimiento, las estrategias y herramientas básicas para que los participantes puedan reconocer los síntomas depresivos, fortalecer su autoestima, mejorar sus habilidades de afrontamiento además de desarrollar vínculos de apoyo con otras personas de su entorno.

Además, los resultados del estudio van a servir como referencia para que los establecimientos de salud comunitaria, las municipalidades y las organizaciones sociales diseñen o fortalezcan programas específicos para la atención de los adultos mayores. La propuesta también permitirá responder a la carencia de espacios diferenciados para este grupo etario, favoreciendo una atención más cercana, preventiva y adaptada a sus necesidades emocionales; de esta manera, el taller comunitario puede convertirse en una estrategia útil para disminuir el aislamiento,

propiciar el involucramiento social e incentivar el bienestar integral del sector de la tercera edad.

Justificación Metodológica

Bajo una perspectiva metodológica se justifica debido a que permitirá valorar el efecto de la implementación de un taller comunitario sobre los niveles de depresión en la población de la tercera edad mediante una medición en la etapa previa y posterior de la investigación. Este procedimiento va a llegar a facilitar la identificación de posibles modificaciones en los participantes, permitiendo comparar los niveles de depresión previos y posteriores al desarrollo del taller comunitario.

Asimismo, el estudio aportará una ruta metodológica útil para futuras investigaciones e intervenciones orientadas al bienestar psicológico de los adultos mayores en contextos comunitarios; por este motivo la utilización de instrumentos de medición permitirá obtener información organizada y objetiva sobre la depresión en esta población, mientras que la comparación de los resultados contribuirá a valorar la utilidad del taller como estrategia de intervención. Por ello, la metodología propuesta podrá ser tomada como referencia para estudios similares en otras zonas de la Amazonía peruana o en comunidades con características sociales semejantes (3).

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Da Silva N. et al. (2021). Un estudio realizado en Brasil evaluó la efectividad de talleres grupales en el incremento satisfactorio de la salud mental del sector de la tercera edad. Los resultados evidenciaron un descenso sustancial de las manifestaciones depresiva luego de aplicar estrategias grupales que incluyeron actividades recreativas y ejercicios de atención plena. La investigación concluyó que los programas grupales pueden disminuir el aislamiento social y fomentar la estabilidad emocional en este grupo poblacional (4).

Revista Panamericana de Salud Pública. En México se implementó un proyecto comunitario de atención psicológica en comunidades rurales en adultos mayores donde se desarrolló talleres educativos entre los cuales se encontraron resultados en relación con la prevención de la depresión. Este proyecto logró aumentar la comprensión de los participantes sobre su salud mental y promover la conformación de sistemas de apoyo social comunitarias (5).

Silva S. et. Al. (2025). Realizaron un estudio longitudinal en Portugal donde analizaban la efectividad de una intervención dirigida a adultos mayores que vivían en la comunidad sobre la fragilidad física, la ansiedad y la depresión. El programa incluyó talleres semanales de actividad física, estimulación cognitiva, artes creativas, alfabetización digital y bienestar. Los resultaron fueron positivos en los niveles de ansiedad, depresión y fragilidad física tras la intervención. Los autores concluyeron que los programas integrales que al combinar el realizar actividades cardiovasculares, estimulación cognitiva, apoyo emocional y participación en actividades creativas, contribuyen a optimizar la calidad de vida del sector ciudadano de la tercera edad, reduciendo la fragilidad física como la problemática de salud mental. (6)

Zhou et al. (2024) Realizaron un estudio que analiza la el papel de los síntomas depresivos en la efectividad de la intervención de ejercicio dirigida a adultos mayores frágiles y prefrágiles que vivían en la comunidad estudiada. Los resultados evidenciaron que la intervención favoreció la optimización de la condición física y capacidad funcional de los participantes; sin embargo, la manifestación de sintomatología depresiva influyó en la magnitud de los beneficios obtenidos. Los autores concluyeron que la depresión constituye un componente importante que puede afectar el desempeño de los programas de práctica de actividad física en adultos avanzados, por lo que recomiendan considerar el estado emocional de los participantes al diseñar intervenciones para esta población. (7)

Orosco Goicochea y Lazcano Vàsquez (2024) realizaron una revisión exhaustiva de estudios con la finalidad de identificar la eficiencia de diversas estrategias y programas dirigidos a optimizar el bienestar de su vida y el bienestar psicológicos en la población de edad avanzada. Los hallazgos demostraron que las intervenciones fundamentales en psicología positiva, terapias de reminiscencia, revisión de vida, arteterapia y actividades que promueven la interacción social contribuyen significativamente al bienestar emocional de este sector poblacional; por ello los autores llegaron a la conclusión que las intervenciones que integran componentes sociales y psicológicos favorecen la salud mental y la calidad de vida del sector de la población avanzada, por lo que recomiendan su adaptación a distintos contextos culturales para maximizar sus beneficios. (8)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en el Perú. Un estudio implementado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) identificó que las personas de la tercera edad son uno de los grupos más sensibles a trastornos como la depresión (con una prevalencia nacional del 13%). Se recomendó desarrollar programas comunitarios para prevenir estos trastornos, especialmente en regiones como la selva, donde hay acceso restringido a servicios de salud mental (9).

Intervenciones comunitarias en salud mental en la selva peruana. En la región de Ucayali, un programa piloto de atención psicológica comunitaria consiguió decrecer los síntomas de depresión en un 20% en el sector de edad avanzada participaron en talleres de manejo emocional. Este proyecto destacó la importancia de incluir actividades grupales y culturales que se ajusten al contexto local (10).

Logacho y Quiroz (2022) se realizó un programa de intervención orientado a la prevención de la sintomatología de la ansiedad y depresión en personas de la tercera edad residentes en un hogar geriátrico del cantón Rumiñahui. La intervención se desarrolló mediante talleres psicoeducativos de enfoque vivencial y participativo, dirigidos a fortalecer el conocimiento sobre la salud mental y promover estrategias de afrontamiento; debido a los resultados que evidenciaron que los talleres favorecieron el aprendizaje y la comprensión de la ansiedad y la depresión en los colaboradores, contribuyendo al fortalecimiento del bienestar emocional; En conclusión los autores mencionaron que los programas psicoeducativos grupales son adecuados para la promoción y protección de la salud mental en adultos mayores institucionalizados. (11)

2.1.3. Antecedentes locales

Salud mental en adultos mayores en Pucallpa. Un informe de EsSalud Pucallpa reveló que el 70% de los adultos de la tercera edad que van al servicio de psicología presentan trastornos relacionados con la especialidad entre los cuales se encuentra la depresión. Sin embargo, solo un mínimo porcentaje de ellos responde al tratamiento adecuado, lo que demuestra una brecha significativa en el abordaje de la salud mental en el público objetivo (12).

Proyecto de talleres psicoeducativos en Pucallpa. En 2021; se desarrolló un taller piloto en Pucallpa enfocado en los adultos mayores con depresión leve, enfocado en técnicas de relajación y dinámicas grupales; obtuvieron como resultados preliminares mejoras en la percepción del bienestar emocional y un incremento en la interacción social de los participantes (13).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Depresión

El cuadro depresivo tiene como definición la alteración del funcionamiento emocional que impacta significativamente en la dimensión emocional, cognitiva y física del individuo. Se define por una condición emocional constantemente bajo, menor interés o disfrute en actividades diarias y una serie de síntomas que incluyen variaciones en el deseo de alimentarse, trastornos del sueño, cansancio y pensamiento de falta de valor personal o culpa, dificultades de capacidad de enfocarse, y en casos graves, ideación sobre la muerte autoinducida (14).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), el cuadro depresivo mayor se describe como la aparición de al menos cinco de los siguientes síntomas que duran un lapso de tiempo de dos semanas, agregando obligatoriamente uno de los dos primeros (14):

- Estado de ánimo depresivo en todo el día.
- Disminución o incapacidad para experimentar placer.
- Variaciones significativas en el peso corporal o el apetito.
- Alteraciones en el patrón del sueño ya sea Insomnio o hipersomnia.
- Alteraciones del comportamiento psicomotor, ya sea agitación o inhibición
- Cansancio o bajo nivel de energía.
- Sentimientos de incapacidad o culpa desmedida.
- Problemas para concentrarse o procesar ideas.
- Ideas persistentes de muerte o suicidio.

a) Características de la depresión

Multifactorialidad: La depresión es un conjunto de consecuencias de causas complejas que involucran componentes biológicos, psicológicos y sociales (modelo biopsicosocial).

Factores biológicos: Se da por desequilibrios en la disponibilidad de neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina (15).

Factores psicológicos: Como experiencias impactantes psicológicamente, estrés crónico, o patrones de pensamiento negativos.

Factores sociales: Las relaciones interpersonales conflictivas y las experiencias de duelo o aislamiento social.

Crónica o episódica: Puede manifestarse en episodios únicos o también recurrentes, y en algunos casos convertirse en un trastorno crónico.

Impacto funcional: Afecta la facultad de la persona para funcionar en áreas clave siendo este el desarrollo de tareas laborales, la vida social y el autocuidado.

Comorbilidad: Frecuentemente se involucra con otros trastornos y condiciones médicas como el trastorno de ansiedad, el exceso de sustancias que generan adicción o patologías médicas de larga duración (15).

b) Tipos de depresión

La depresión se organiza en distintos tipos de acuerdo a su etiología, síntomas y curso clínico. A continuación, se describen las principales clases de depresión reconocidas en la literatura clínica:

- **Trastorno Depresivo Mayor (TDM)**

Es la manera más conocida de depresión. Se señala por episodios de al menos dos semanas con características como pesadumbre persistente, deterioro la capacidad de disfrutar actividades, cambios en el hambre y sueño, fatiga, y pensamientos de inutilidad o suicidio (16).

Criterios diagnósticos: Al menos cinco síntomas del DSM-5 deben estar presentes, incluyendo uno de los dos principales (ánimo depresivo o anhedonia) (16).

- **Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)**

Es una manera crónica de depresión que tiene un tiempo de dos años (un año en niños y adolescentes). Aunque los síntomas son menos severos que en el TDM, su persistencia tiene un gran significativo en la calidad de vida (17).

Síntomas: Incluyen baja autoestima, desesperanza, fatiga y dificultades para concentrarse.

- **Depresión Bipolar (Trastorno Bipolar I y II)**

Aunque forma parte de los trastornos que alteran el estado de ánimo, la depresión bipolar está relacionada con episodios depresivos alternados con episodios de manía (Bipolar I) o hipomanía (Bipolar II).

Características depresivas: Similares al TDM, pero pueden ir acompañadas de irritabilidad severa (18).

- **Depresión Postparto**

Se desarrolla en mujeres días después del parto, generalmente dentro de las primeras semanas o meses. Está asociada con cambios hormonales, fatiga y ajustes en el cuidado del recién nacido.

Síntomas: Incluyen tristeza profunda, ansiedad, irritabilidad y en situaciones graves, procesos de pensamiento de daño hacia sí misma o el bebé (19).

- **Trastorno Afectivo Estacional (TAE)**

Es una subcategoría de depresión que se manifiesta en ciertos momentos del año, más comúnmente en otoño e invierno manifestado por la reducción de la luz natural.

Síntomas: Fatiga, aumento de peso, hipersomnia y aislamiento social (20). Depresión Psicótica

Es un subtipo de TDM que incluye síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones relacionados con sentimientos de culpa, inutilidad o catástrofes inminentes (21).

Diagnóstico: Requiere la presencia de síntomas psicóticos durante el episodio depresivo.

- **Depresión Atípica**

Se presenta una reactividad del estado emocional, (capacidad de alegrarse temporalmente en reacción a estímulos satisfactorios) y síntomas

como incremento de hambre, hipersomnia y sensación de pesadez en las extremidades (22).

Depresión Situacional también llamado, Trastorno Adaptativo con Estado de Ánimo Depresivo.

Es una reacción impactante y depresiva a una situación estresante o cambio vital significativo, como la tristeza por la pérdida de un ser querido, divorcio o dificultades económicas (23).

Duración: Generalmente es limitada al periodo en que el factor estresante se encuentra presente.

c) Dimensiones de la depresión

Dimensión emocional: Dentro de ello son síntomas como tristeza profunda, desesperanza y anhedonia.

Dimensión cognitiva: Se caracteriza por pensamientos negativos, limitaciones en al momento de tomar de decisiones y decremento en la capacidad de procesar el pensamiento (24).

Dimensión conductual: Manifiesta apatía, retraimiento social y cambios en las actividades diarias.

Dimensión somática: Abarca síntomas físicos como cansancio, cambios en la saciedad y alteraciones del sueño.

Dimensión social: Impacto en las relaciones interpersonales y dificultades en el mantenimiento de roles sociales (24).

d) Depresión en adultos mayores

La afectación depresiva en las personas mayores es una alteración mental frecuente que afecta el bienestar integral, la funcionalidad y la autosuficiencia. Se define por un estado de tristeza persistente, pérdida de interés por las actividades diarias, así como alteraciones en el hambre, alteraciones del sueño y síntomas cognitivos como problemas para concentrarse y tomar decisiones (25).

Escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés) fue aplicada con la finalidad de evaluar los síntomas depresivos de los adultos de la tercera edad, con su presentación en versión abreviada de 15 ítems. Este instrumento fue desarrollado por Yesavage y colaboradores fue diseñado teniendo en cuenta las particularidades cognitivas y emocionales de las personas mayores, manejando un lenguaje sencillo de preguntas dicotómicas lo que facilita su aplicación donde se presenten limitaciones de tiempo o cognitivas. (27).

e) Prevalencia y factores de riesgo

La depresión afecta aproximadamente el 5% y 10% de los adultos de edad avanzada que se localizan en la comunidad y hasta un 15%-20% en aquellos institucionalizados.

Factores de riesgo incluyen: enfermedades crónicas, el fallecimiento de seres queridos, reclusión social, cambios en roles familiares y jubilación (28).

La depresión en esta cantidad de personas a menudo se presenta con síntomas somáticos, lo que hace difícil su diagnóstico y terapéutica oportuno (28).

f) Impacto de la depresión

- Disminuye la funcionalidad diaria y la independencia.

- Aumenta la vulnerabilidad a enfermedades físicas y empeora su pronóstico.
- Incrementa el riesgo de aislamiento social y el deterioro cognitivo

2.2.2. Talleres comunitarios como estrategia de intervención

Un taller comunitario es una intervención educativa y participativa que busca el mejorar competencias, conocimientos y la disposición de los participantes a través de actividades grupales, dinámicas de aprendizaje y prácticas aplicadas

a) Características de los talleres comunitarios

- Participativos: Los adultos mayores participan de forma activa en los ejercicios, la discusión y retroalimentación.}
- Multidimensionales: Incluyen los aspectos cognitivos, emocionales y sociales.
- Flexibles: Se adaptan a las habilidades físicas y de conocimiento de los participantes.
- Psicoeducativos: Promueven la comprensión de la depresión, estrategias de afrontamiento y autocuidado (29).

b) Beneficios en salud mental

- Disminución de síntomas depresivos y ansiosos.
- Incremento de la autoestima y de habilidades sociales.
- Prevención del riesgo del retiro social y el fomento de la red de apoyo comunitario.
- Promoción de hábitos saludables y las estrategias de manejo del estrés (30).

c) Componentes de un taller para manejo de la depresión

- Psicoeducación: Información sobre la depresión, síntomas y factores de riesgo.
- Técnicas de autocontrol emocional: Estrategias de relajación, respiración y mindfulness.
- Estimulación cognitiva y resolución de problemas: Ejercicios para mejorar la memoria, concentración y la toma de decisiones.
- Fortalecimiento de redes sociales: Las dinámicas grupales para fomentar la interacción y el apoyo mutuo (31).
- Actividades físicas leves: Que promueven el bienestar general y la liberación de endorfinas (31).

d) Importancia de la implementación comunitaria

- Los talleres realizados en la comunidad permiten una mayor accesibilidad que los servicios clínicos formales, especialmente en zonas con limitaciones de recursos (32).
- La participación comunitaria fortalece la cohesión social, reduce el aislamiento y contribuye al diagnóstico precoz de síntomas depresivos.
- La intervención en grupo ofrece efecto multiplicador, ya que los participantes pueden compartir estrategias de afrontamiento y el apoyo emocional (33).

e) Teorías involucradas en los talleres

Teoría cognitivo-conductual: Consiste en modificar los pensamientos negativos mediante la implementación de habilidades de afrontamiento para reducir los síntomas depresivos.

Modelo biopsicosocial: Considera la influencia conjunta de los factores biológicos, psicológicos y sociales asociados al surgimiento y control de la depresión,

reforzando así la necesidad de intervenciones integrales como los talleres comunitarios.

Teoría del envejecimiento activo: Fomenta la interacción social, el enriquecimiento cognitivo permanente y la autonomía, objetivos centrales de los talleres para adultos mayores (34).

f) Evidencia empírica

Estudios recientes muestran que los talleres psicoeducativos reducen significativamente los síntomas depresivos y ansiosos en los adultos mayores, mejorando así su bienestar emocional y su funcionalidad diaria.

La combinación de psicoeducación, técnicas de relajación y de actividades grupales va a aumentar la adherencia y la efectividad del programa.

Intervenciones comunitarias en América Latina han demostrado ser factibles y culturalmente adaptables, contribuyendo al control de la depresión y ansiedad en personas mayores (35) (36).

La depresión en la población mayor es una problemática de salud mental común y subdiagnosticado, con impactos significativos en su calidad de vida y desempeño. La implementación de talleres comunitarios representa una estrategia útil para la prevención y el manejo de la depresión, promoviendo la participación social, la educación genera el fortalecimiento de la salud mental y la adquisición de habilidades de afrontamiento. Este enfoque multidimensional, basado en teorías cognitivas, biopsicosociales y de envejecimiento activo, proporciona un marco sólido para la búsqueda de información y la intervención en la población de personas mayores. (37).

2.2.3. Definición de términos básicos

- **Depresión:** La depresión es un trastorno afectivo que se influye en la dimensión emocional, cognitiva, física y social de la persona. Se caracteriza por tristeza constante, pérdida del interés o del placer en actividades del día a día,

trastornos del sueño y el apetito, fatiga, sentimientos de baja valía, problemas para concentrarse y, en casos severos, ideación de muerte o suicidio (14).

- **Trastorno depresivo mayor:** Es una manifestación clínica de depresión caracterizada en la presencia de síntomas depresivos llevado a un periodo mínimo de dos semanas. Entre sus manifestaciones se encuentran el estado de ánimo depresivo, la anhedonia, los cambios en el hambre o sueño, la fatiga, los sentimientos de culpa o falta de valía y las ideas suicidas, afectando significativamente la funcionalidad de la persona (16).
- **Trastorno depresivo persistente o distimia:** Es una manera crónica de depresión que se mantiene por un tiempo prolongado, por un período de dos años o más; pero sus síntomas pueden ser menos severos que los del trastorno depresivo mayor, su permanencia afecta la autoestima, la esperanza, la concentración y el bienestar de la persona de quien es afectado (17).
- **Adulto mayor:** Es la persona que atraviesa una etapa de desarrollo vital marcada por transformaciones físicos, psicológicos y sociales asociados a el proceso de envejecimiento. Durante esta etapa pueden presentarse condiciones de vulnerabilidad relacionadas con enfermedades crónicas, proceso de duelo por el fallecimiento de familiares y amigos cercanos, jubilación, aislamiento social y poca autonomía, lo cual puede incrementar el riesgo potencial de depresión (28).
- **Depresión en adultos mayores:** La depresión en el sector de edad avanzada es un trastorno mental frecuente que afecta el bienestar de la vida, la funcionalidad y la autonomía de esta población. Se manifiesta mediante tristeza constante, disminución del interés, alteraciones del sueño y apetito, síntomas somáticos y problemas cognitivos, como problemas de enfoque y toma de decisiones (25).
- **Factores de riesgo de depresión:** pueden tener características biológicas, psicológicas y sociales que potencia el riesgo de presentar sintomatología depresiva. En el sector de edad avanzada, estos factores incluyen enfermedades crónicas, fallecimiento de seres queridos, reclusión social,

cambios en las relaciones familiares, jubilación y presencia de síntomas físicos que pueden dificultar el diagnóstico oportuno (28).

- **Aislamiento social:** Es una condición en la que la persona presenta una baja o ausencia de relaciones interpersonales significativas, participación comunitaria limitada y escaso apoyo emocional. En los adultos mayores, esta situación puede incrementar la tristeza, la sensación de abandono, la baja autoestima y el riesgo de desarrollar o agravar cuadros depresivos (24).
- **Taller comunitario:** El taller comunitario es una estrategia educativa y participativa desarrollada en un contexto grupal, orientada a fortalecer conocimientos, habilidades y actitudes en los participantes. En el manejo de la depresión, permite promover la interacción social, la expresión emocional, el aprendizaje mediante el uso de habilidades de afrontamiento y la creación de grupos de apoyo entre adultos mayores (29).
- **Psicoeducación:** La psicoeducación es un componente de intervención que brinda información clara y práctica sobre la depresión, sus síntomas, características de riesgo y formas de afrontamiento. En adultos de la tercera edad, permite mejorar la comprensión del problema, favorecer la identificación temprana de señales depresivas y promover conductas de autocuidado emocional (29).
- **Redes de apoyo comunitario:** Las redes de apoyo comunitario son vínculos sociales formados por familiares, vecinos, instituciones y miembros de la comunidad que brindan acompañamiento, orientación y soporte emocional. Respecto a las personas de edad avanzada, estas redes contribuyen a disminuir la reclusión social, fortalecer la integración comunitaria y optimizar el manejo de los síntomas depresivos (29).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

- H1: La implementación de un taller comunitario sobre el manejo de la depresión produce cambios significativos en los niveles de depresión en adultos mayores de Pucallpa, 2026.
- H0: La implementación de un taller comunitario sobre el manejo de la depresión no produce cambios significativos en los niveles de depresión en adultos mayores de Pucallpa, 2026.

2.3.2. Hipótesis Específicas

- H1: Existen diferencias significativas en los niveles de depresión en adultos mayores antes y después de la implementación del taller comunitario en Pucallpa, 2026.
- H0: No existen diferencias significativas en los niveles de depresión en adultos mayores antes y después de la implementación del taller comunitario en Pucallpa, 2026.
- H2: La implementación del taller comunitario reduce significativamente el puntaje promedio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en adultos mayores de Pucallpa, 2026.
- H0: La implementación del taller comunitario no reduce significativamente el puntaje promedio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en adultos mayores de Pucallpa, 2026.

2.4. Variables de estudio

- **Variables principales:** Implementación de taller comunitario y Depresión

- **Variable de caracterización:** Edad, Género, Estado Civil, Núcleo Familia, Nivel Educativo, Condición Laboral, Presencia de enfermedades crónicas y Red de apoyo.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de Estudio

La investigación fue desarrollada en el programa de atención de la tercera edad del Centro de Salud 9 de octubre de Pucallpa, departamento de Ucayali.

La relevancia radica en que se trata de un grupo que proviene por tratarse de un grupo etario propenso a la influencia de distintos factores psicosociales de riesgo.

3.2. Tipo de Investigación

El estudio de investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo.

El tipo de investigación fue aplicativa, dado que se realizó una profundización de las variables y se estableció la aplicabilidad o no de la propuesta (38).

El estudio correspondió a un nivel exploratorio.

El estudio fue de corte longitudinal debido a que se realizaron mediciones en dos momentos distintos (pre y post test) en los colaboradores permitiendo así analizar las variables a lo largo del tiempo.

3.3. Nivel de Investigación

El nivel pre experimental, por tratarse de la aplicación de talleres en el tratamiento de la depresión que puedan tener los adultos de la tercera edad (38) (39).

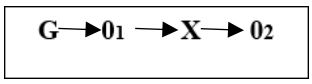
3.4. Método de Investigación

La investigación se desarrolló bajo el método hipotético-deductivo.

El cual permitió formular hipótesis basadas en fundamentos teóricos y evidencias científicas previas. Posteriormente, dicha formulación de hipótesis relacionadas que fueron sometidos a verificación mediante la aplicación de técnicas de análisis estadístico inferencial (44).

3.5. Diseño de Investigación

El diseño de investigación corresponde al preexperimental por no contar con un grupo control, cuya formula es la siguiente:



Donde:

G: Grupo único: grupo experimental

01: Pre test

X: Implementación de taller comunitario

02: Post test

La información a recolectar se dará mediante la aplicación de un instrumento de medición que se dará mediante pre test y post test, pero entre pre test y post test se desarrollará las sesiones de taller comunitario programada en 8 sesiones que tendrán una duración de entre 60 a 90 minutos, 1 sesión por semana de manera presencial; se considerará indicadores de evaluación de los talleres como es: nivel de participación en las sesiones, cambio en los puntajes de depresión pre y post taller, satisfacción de los colaboradores y potenciación de las redes de apoyo comunitario.

3.6. Población, Muestra, Muestreo

3.6.1. Población

El objeto de estudio estuvo integrado por los 50 adultos mayores adscritos al programa de atención de la tercera edad del Centro de Salud 9 de octubre de Pucallpa, conformada por 19 varones y 31 mujeres. En consecuencia, este grupo representó la población de interés.

3.6.2. Muestra

Desde el punto de vista metodológico, cuando la totalidad de los sujetos que poseen las características de interés es accesible y su tamaño permite una adecuada recolección de datos, no resulta necesario seleccionar una muestra, pudiendo trabajar con todos los integrantes de la población. Citando a Hernández, Fernández y Baptista (2014), señalan que, el universo de estudio es reducido y todos sus miembros cumplen con los criterios establecidos para la investigación la investigación puede realizarse con todos los elementos de la población, constituyendo un estudio censal. Llegando al final el estudio a conformarse por 50 adultos mayores del programa de atención de adultos mayores del Centro de Salud 9 de octubre de Pucallpa (37).

3.6.3. Muestreo

La inclusión de los participantes se realizó mediante un estudio censal debido a que los adultos mayores incluidos cumplían con los requisitos de inclusión y exclusión establecidos para la investigación por lo que no fue necesario aplicar un procedimiento de muestreo. En consecuencia, la totalidad de la población accesible satisfizo y fueron incorporadas al estudio. (37)

3.6.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Se consideraron como participantes del estudio los adultos mayores de 60 años o más que aceptaron formar parte de la investigación de manera voluntaria, formalizando su participación fue aceptada mediante la firma del consentimiento informado. Asimismo, se incorporó a aquellos que evidenciaron un adecuado estado cognitivo, de acuerdo con los resultados de la aplicación del Test de Pfeiffer.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos de la investigación los participantes que no cumplían con el criterio de edad establecido, así como aquellos que no aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado. Del mismo modo, excluyó a los adultos mayores que no completaron las evaluaciones correspondientes al pretest o el postest de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), así como a quienes presentaron un deterioro cognitivo significativo, identificado a través del Test de Pfeiffer, que pudieron interferir con la comprensión y adecuada respuesta de los instrumentos de evaluación utilizados.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recolectar información se aplicó como técnica la encuesta. La herramienta que permitió la recolección de datos fue una prueba cerrada estructurada para ver los niveles de depresión en los adultos mayores.

La información a recolectar se obtuvo a través de la aplicación de dos instrumentos de medición uno de ellos se realizó en dos momentos: antes de la intervención (pre test) y después de la intervención (post test). El instrumento que se utilizó fue la Escala de Depresión Geriátrica versión corta (GDS-15), la cual teniendo en cuenta el contexto sociocultural e intercultural de la población el instrumento fue sometido a un proceso de validación mediante juicio de expertos, el cual estuvo conformado por médicos psiquiatras y un médico geriatra los cuales determinaron que era adecuada su validez de acuerdo a su

claridad, relevancia y adecuación cultural mediante el coeficiente V de Aiken siendo de 1.00 su resultado. (38) El instrumento se determinó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.775, lo que resulta en una adecuada consistencia interna para la población de estudio. Adicionalmente se usó previo a la intervención mediante otro instrumento, el Test De Pfeiffer (SPMSQ) el cual es un instrumento estandarizado para la evaluación del deterioro cognitivo de los adultos mayores (39) y se encuentra incorporado en la Norma Técnica de Salud para la valoración Integral de la Persona Adulta Mayor del Ministerio de Salud (RM N. º2151-2024/MINSA) por lo que cuenta con respaldo técnico para su aplicación, no obstante con la finalidad de fortalecer la rigurosidad metodológica del presente estudio, el instrumento fue sometido adicionalmente a un juicio de expertos para evaluar su relación con los objetivos de la investigación que contó por tres especialistas: un médico geriatra, un médico neurólogo y médico internista que como resultado se obtuvo un coeficiente V de Aiken de 1.00, indicando un consenso total entre los expertos indicando una validez de contenido excelente respecto a la claridad, pertinencia, relevancia y aplicabilidad del instrumento. La confiabilidad del Test de Pfeiffer fue evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo el valor de 0.547, siendo un resultado esperable considerando que el instrumento evalúa diferentes dominios de la función cognitiva siendo utilizado como criterio de inclusión en el estudio. Los formatos de evaluación y las actas correspondientes se presentan en los anexos de la investigación.

El peso se obtuvo con una balanza calibrada; la talla, con un tallímetro; y la circunferencia abdominal, con una cinta métrica flexible no extensible. Los resultados del perfil lipídico se transcribieron del reporte emitido por el laboratorio clínico. Debido a que la ficha registró mediciones objetivas y resultados laboratoriales, no correspondió efectuar una validación psicométrica. La calidad del instrumento se aseguró mediante la estandarización del procedimiento, la capacitación del responsable de la medición y la revisión de la consistencia de los registros.

Asimismo, se realizó una prueba piloto en el cual se consideró el 10% de la población de estudio, con la finalidad de evaluar la comprensión, claridad y adecuación del

lenguaje utilizado en los instrumentos determinando resultados positivos al evidenciar ninguna dificultad en su resolución.

De igual manera el taller comunitario fue evaluado y validado por medio de un profesional de la salud mental en este caso un psicólogo con grado de doctor, especialista en terapia cognitiva-conductual y en diseño de intervenciones en salud mental que evaluó la claridad, pertinencia, coherencia y relevancia del taller siendo aprobado y posteriormente ejecutado.

3.8. Procedimiento de Recolección de Datos

Se hizo uso de programas estadísticos luego del procesamiento de información como es el Excel y un programa estadístico que permitieron establecer tablas de frecuencia y tablas inferenciales para determinar la comprobación de hipótesis; para ello, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk porque la población es menor o igual a 50 y de acuerdo a los resultados se estableció la prueba de hipótesis.

3.9. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

El presente estudio investigativo se desarrolló mediante un estricto cumplimiento de los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, contando con la autorización de la institución donde se llevó a cabo el estudio y la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la universidad (024-2025-UNU-FMH-CEI). Estas disposiciones garantizaron el respeto de los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes, considerando su condición de población vulnerable al tratarse de adultos mayores.

Adicionalmente, el consentimiento informado de todos los participantes antes de su incorporación al estudio. Con el fin de preservar la información confidencial, cada instrumento fue identificado mediante un código numérico, evitando la utilización de datos personales. No obstante, el investigador contó con un registro confidencial de

correspondencia entre códigos y participantes, mediante el uso del consentimiento informado se incluyó la posibilidad de derivación a un profesional del área de salud mental en caso de detectarse niveles de depresión moderada o severa con la finalidad de asegurar una atención oportuna y proteger el bienestar de los participantes. Finalmente,

la recolección y el manejo de la información se realizaron de manera segura con el propósito de contribuir al beneficio social y al avance del conocimiento científico.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados

a) Análisis descriptivo

Tabla 1:

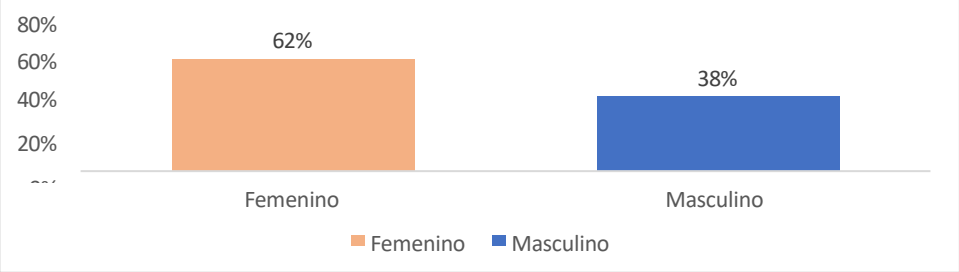
Distribución de los adultos mayores del Centro integral de Atención al adulto mayor de Pucallpa según sexo

Sexo	Adultos Mayores	Porcentaje
Masculino	31	62
Femenino	19	38
Total	50	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Figura 1

Distribución porcentual de los adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según sexo



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación:

Según la tabla y figura 1, con respecto a la frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa por sexo; se tiene que el 62% son femeninos y el 38% masculino de los que participaron del estudio.

Tabla 2:

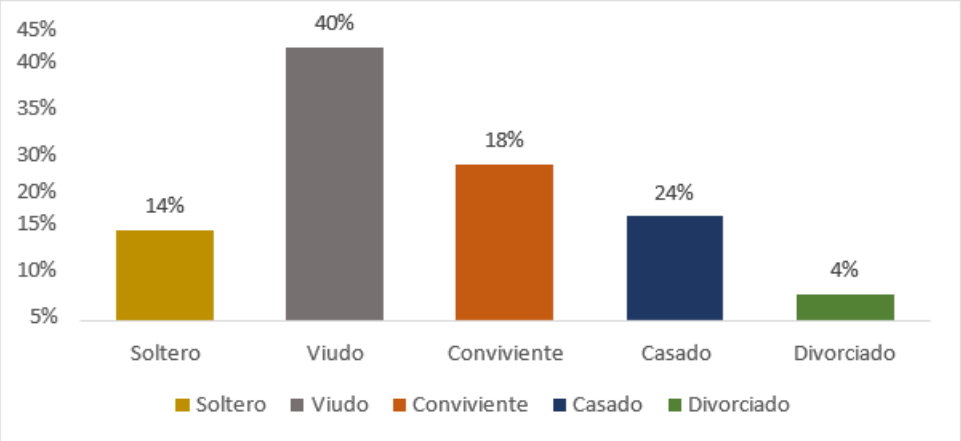
Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según estado civil

Estado civil	Adultos mayores	Porcentaje
Soltero	7	14%
Viudo	20	40%
Conviviente	9	18%
Casado	12	24%
Divorciado	2	4%
Total	50	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Figura 2:

Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según estado civil.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación:

Según la tabla y figura 2, con respecto a la frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según estado civil; se tiene el 14% eran solteros; el 40% viudos o viudas; el 18% convivientes; el 24% casados y el 4% divorciados.

Tabla 3:

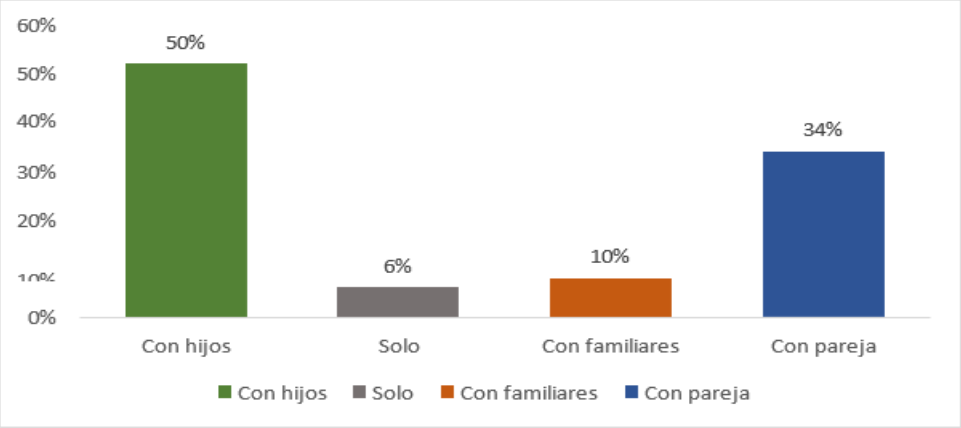
Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según con quién vive.

Con quien vive	Adultos mayores	Porcentaje
Con hijos	25	50%
Solo	3	6%
Con familiares	5	10%
Con pareja	17	34%
Total	50	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Figura 3:

Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según con quién vive.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación

Según la tabla y figura 3, con respecto a la frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según con quién vive; se tiene que el 50% vive con sus hijos; el 6% viven solos; el 10% con familiares; y el 34% con su pareja.

Tabla 4:

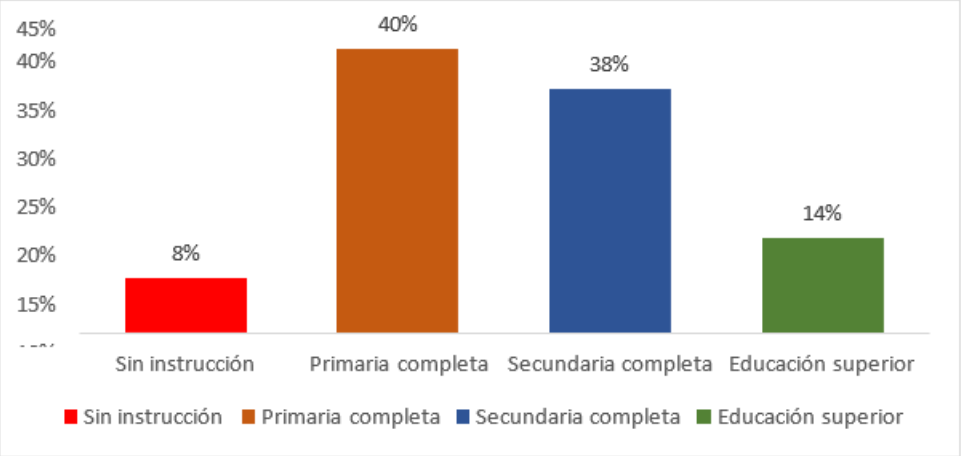
Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	Adultos mayores	Porcentaje
Sin instrucción	4	8%
Primaria completa	20	40%
Secundaria completa	19	38%
Educación superior	7	14%
Total	50	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Figura 4:

Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según nivel de instrucción.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación:

Según la tabla y figura 4, con respecto a la frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según nivel de instrucción, se tiene que el 8% no tiene grado de instrucción; el 40% tiene primaria completa; el 38% secundaria completa; y el 14% educación superior.

Tabla 5:

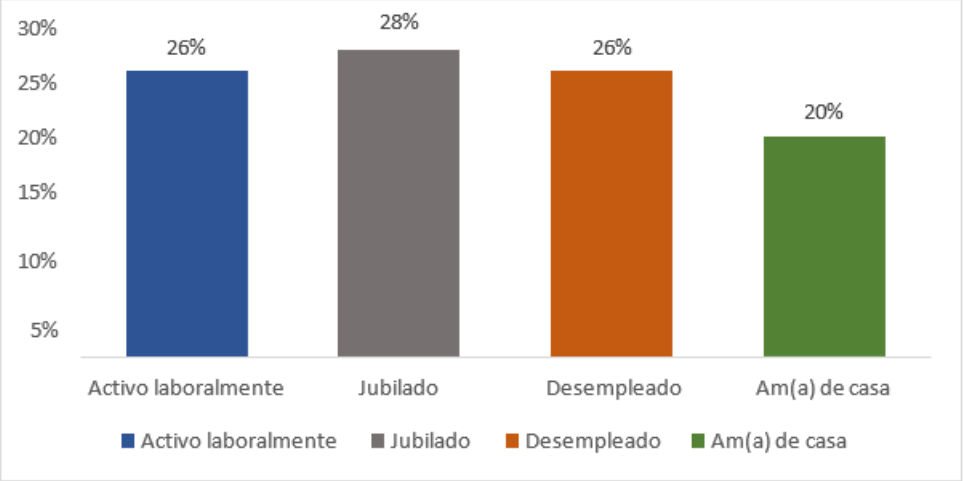
Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según condición laboral.

Condición laboral	Adultos mayores	Porcentaje
Activo laboralmente	13	26%
Jubilado	14	28%
Desempleado	13	26%
Ama de casa	10	20%
Total	50	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Figura 5:

Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según condición laboral.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación

Según la tabla y figura 5, con respecto a la frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según condición laboral, se tiene que el 26% es activo laboralmente, el 28% jubilados, el 26% desempleados; y el 20% ama de casa.

Tabla 6:

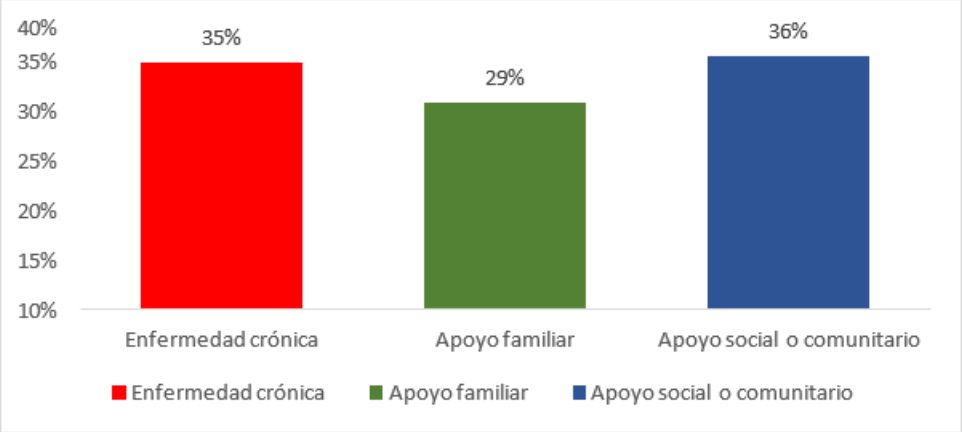
Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según enfermedades crónicas y apoyo.

Enfermedades Crónicas y Apoyo	Adultos mayores	Porcentaje
Enfermedad crónica	37	35%
Apoyo familiar	31	29%
Apoyo social o comunitario	37	36%
Total	105	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Figura 6:

Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según enfermedades crónicas y apoyo.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación

Según la tabla y figura 6, con respecto a la frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según enfermedades crónicas y apoyo, se tiene que el 35% presenta enfermedad crónica; el 29% apoyo familiar y el 36% apoyo social o comunitario

Tabla 7:

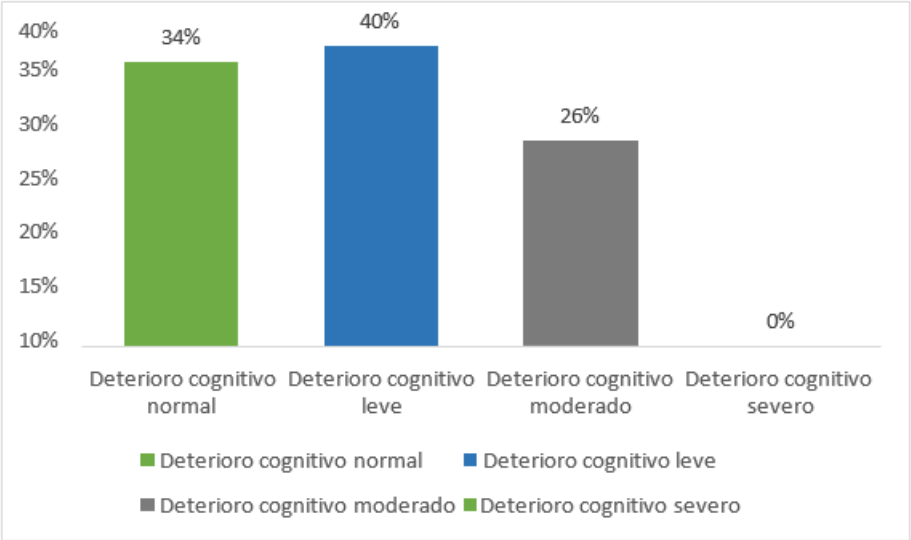
Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según Test de Pfeiffer.

Test de Pfeiffer	Adultos mayores	Porcentaje
Deterioro cognitivo normal	17	34%
Deterioro cognitivo leve	20	40%
Deterioro cognitivo moderado	13	26%
Deterioro cognitivo severo	0	0%
Total	50	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Figura 7:

Resultados de frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según Test de Pfeiffer



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación

Según la tabla y figura 7, con respecto a la frecuencia de adultos mayores del Centro integral del adulto mayor de Pucallpa según Test de Pfeiffer, se tiene que el 34% presentan deterioro cognitivo normal, el 40% deterioro cognitivo leve, el 26% deterioro cognitivo moderado

Tabla 8:

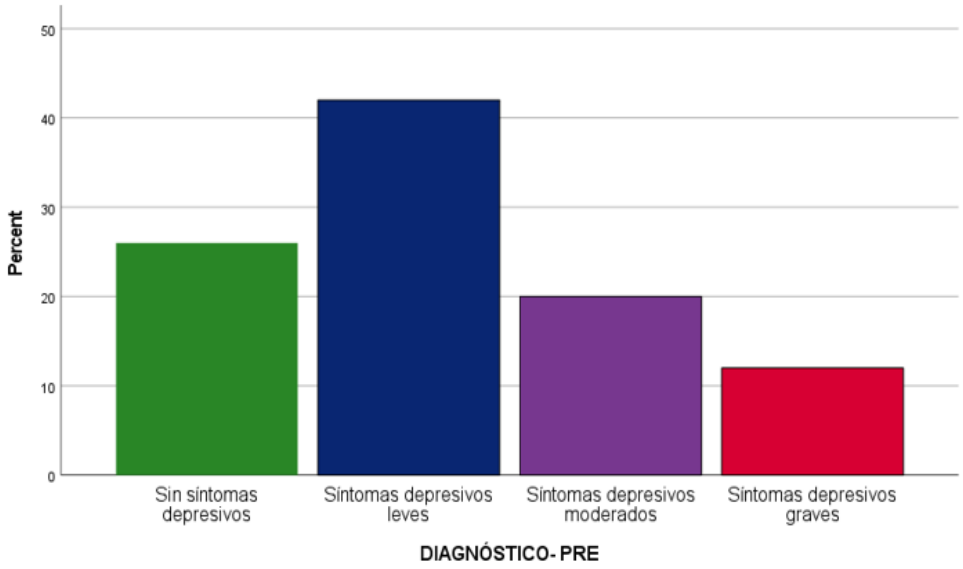
Resultado del pretest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.

Nivel de depresión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin síntomas de depresión	13	26
Depresión leve	21	42
Depresión moderada	10	20
Depresión grave	6	12
Total	**50**	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Figura 8:

Resultado del pretest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación

Se observa como un grupo de los adultos mayores no presentan síntomas de depresión en un 26%, un 42%, presentan depresión leve, un 20% presentan depresión moderada y un 12% presentan depresión grave. Estos resultados reflejaron la necesidad de implementar de un taller comunitario para mejorar el manejo de la depresión en adultos mayores

Tabla 9:

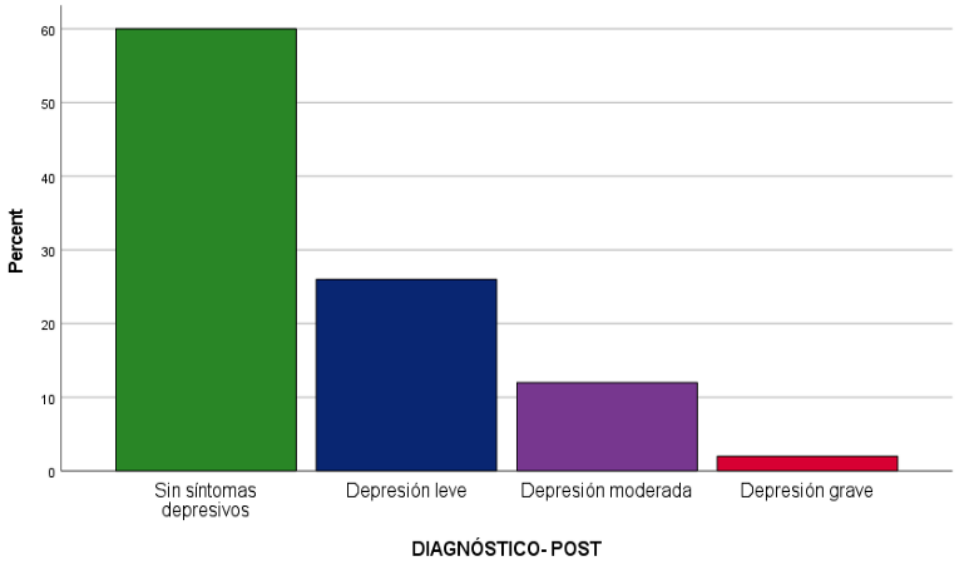
Resultado del postest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.

Nivel de depresión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin síntomas de depresión	30	60
Depresión leve	13	26
Depresión moderada	6	12
Depresión grave	1	2
Total	**50**	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Figura 9:

Resultado del postest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación

Se observa como un grupo de los adultos mayores no presentan síntomas de depresión en un 60%, un 26% y presentan depresión leve, un 12% presentan depresión moderada y un 2% presenta depresión grave. Esto demuestra en los adultos mayores que se implementó de un taller comunitario, mejoraron el manejo de la depresión.

Tabla 10:

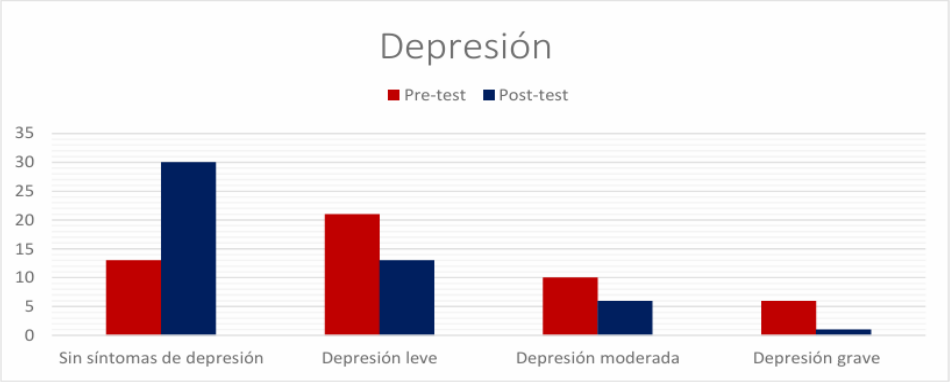
Resultado cruzado entre el pretest y el postest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.

Nivel de depresión	***Pretest n***	***Pretest %***	***Postest n***	***Postest %***
Sin síntomas de depresión	*13*	*26*	*30*	*60*
Depresión leve	*21*	*42*	*13*	*26*
Depresión moderada	*10*	*20*	*6*	*12*
Depresión grave	*6*	*12*	*1*	*2*
Total	***50***	***100***	***50***	***100***

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Figura 10:

Resultado cruzado entre el pretest y el postest de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación

Comparando los resultados durante el pretest y postest, observamos claramente una diferencia significativa en la mejora del manejo de la depresión de los adultos mayores, ya que en el pre test no presentaban síntomas de depresión en un 26% y en el post test mejoro significativamente en un 60,0%. Esta mejora fue

producto de la implementación de un taller comunitario el que permitió mejorar el manejo de la depresión.

b) Análisis inferencial

Tabla 11:

Prueba de normalidad

Momento de evaluación	*Estadístico W*	*n*	*Valor p*
Pretest	*0,962*	*50*	*0,106*
Postest	*0,933*	*50*	*0,007*

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Interpretación

En nuestra muestra al ser menor o igual a 50 individuos se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, obteniendo el valor sig. De 0.106 que significa que la distribución de la muestra de la investigación del pretest es normal mientras que el postest no presentó una distribución normal (0,007). Esto significa que para la contratación de la hipótesis utilizaremos la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para dos muestras relacionadas.

Tabla 12:

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para dos muestras relacionadas

Nº	CUADRO DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA	
1	**Planteamiento de hipótesis**	**H_0** = La implementación de un taller comunitario sobre el manejo de la depresión no produce cambios significativos en los niveles de depresión en adultos mayores de Pucallpa, 2026.
		H_i = La implementación de un taller comunitario sobre el manejo de la depresión produce cambios significativos en los niveles de depresión en adultos mayores de Pucallpa, 2026
2	**Nivel de significancia**	Nivel de significancia α= 0.05 (5 %)
3	**Prueba Estadística**	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para dos muestras relacionadas.
4	**Valores calculados**	***Para la variable implementación de un taller comunitario y la variable depresión*** **Z =** -4,987 **P-valor** = < 0.001
5	**Grados de libertad de prueba de rangos con signo de Wilcoxon**	Para el grado de libertad, un α= 0.05
6	**Toma de decisión**	Según los resultados de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, el valor de Z es -4,987, y el valor P < 0.001, siendo este menor que el nivel de significancia establecido (α= 0.05), se demuestra que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). Concluyendo que donde se implementó un taller comunitario produjo una mejora significativa de la sintomatología depresiva.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

4.2. Discusión

Respecto al objetivo general, orientado a evaluar el efecto de la implementación de un taller comunitario sobre el manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa, 2026, los resultados evidenciaron un efecto favorable de la intervención. Antes del taller, el 74% de los adultos mayores presentó algún nivel de depresión, distribuido en depresión leve con 42%, depresión moderada con 20% y depresión grave con 12%. Después de la aplicación del taller comunitario, esta proporción disminuyó al 40%, debido a que el 26% presentó depresión leve, el 12% depresión moderada y 2% depresión grave. Al mismo tiempo, el grupo sin síntomas de depresión aumentó de 26% en el pretest a 60% en el postest. Estos resultados permiten afirmar que la intervención comunitaria contribuyó positivamente a la disminución de la sintomatología depresiva, al favorecer la reducción de los niveles de afectación emocional en la población estudiada.

Este hallazgo está relacionado con lo reportado por Da Silva et al. (2021), los cuales señalaron que los talleres grupales dirigidos a adultos mayores redujeron los niveles de depresión mediante actividades recreativas, estrategias de atención plena e interacción social; por lo tanto la coincidencia con dicho antecedente permite sostener que los espacios grupales constituyen una alternativa efectiva para mejorar el bienestar emocional en la vejez, especialmente cuando promueven participación, acompañamiento y fortalecimiento de vínculos sociales. De manera similar, el proyecto comunitario desarrollado en México mostró que los talleres educativos favorecieron el conocimiento sobre salud mental y la creación de redes de apoyo, aspecto que también se refleja en los resultados de la presente investigación, ya que la mejora observada después del taller puede asociarse con el componente educativo y relacional de la intervención.

Respecto al primer objetivo específico, dirigido a evaluar los niveles de depresión antes y después de la implementación del taller comunitario, los datos del pretest mostraron que la depresión constituía un problema relevante en los adultos mayores evaluados. La mayor proporción se ubicó en depresión leve con 42%, seguida de los grupos sin síntomas con 26%, y con depresión moderada 20%, además de un 12% con depresión grave; por ello

está distribución inicial confirma la vulnerabilidad de los adultos mayores frente a los trastornos depresivos, tal como fue señalado por el Ministerio de Salud del Perú, siendo la institución que identificó a esta población como uno de los grupos con mayor riesgo de presentar depresión y recomendó fortalecer programas comunitarios de prevención y atención en salud mental.

Luego de la intervención, los niveles de depresión disminuyeron de manera evidente; el post test mostró que el 60% de los adultos mayores no presentó síntomas de depresión, mientras que los casos de depresión leve se redujeron al 26%, la depresión moderada al 12%, Además de 2% la depresión grave, este resultado demuestra que el taller comunitario favoreció una mejora en el estado emocional de los participantes, lo cual se vincula con las bases teóricas que describen los talleres comunitarios como intervenciones participativas, psicoeducativas y multidimensionales, orientadas a fortalecer el autocuidado, las habilidades sociales, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento.

Respecto al segundo objetivo específico, referido a comparar los niveles de depresión antes y después de la implementación del taller comunitario, la comparación entre el pretest y el postest permitió observar una reducción importante de los niveles depresivos. La categoría sin síntomas de depresión aumentó en 34 puntos porcentuales, al pasar de 26% a 60%. Por el contrario, la depresión leve disminuyó de 42% a 26%, la depresión moderada de 20% a 12% y la depresión grave de 12% a 2%. Esta evidencia variación menciona que, después de la intervención, una proporción considerable de adultos mayores dejó de ubicarse en categorías depresivas y pasó a una condición sin síntomas, lo que respalda la utilidad del taller comunitario como una estrategia de intervención psicosocial.

Estos resultados coinciden con el antecedente nacional desarrollado en Ucayali, donde un programa piloto de atención psicológica comunitaria logró reducir los síntomas de depresión en adultos mayores mediante talleres de manejo emocional; la semejanza entre ambos estudios resulta relevante, debido a que se desarrollan en contextos amazónicos y resaltan la importancia de adaptar las intervenciones a la realidad local; Asimismo, los hallazgos guardan relación con los antecedentes locales de Pucallpa, donde se reportó una

alta presencia de ansiedad y depresión en adultos mayores atendidos en servicios de psicología, junto con una brecha en el acceso al tratamiento. Frente a esa problemática, la presente investigación demuestra que el taller comunitario puede constituir una alternativa accesible, preventiva y pertinente para mejorar la salud mental de esta población.

Desde el marco teórico, los resultados pueden explicarse a partir del modelo biopsicosocial el cual considera que la depresión en adultos mayores no está determinado únicamente por los factores individuales, sino que también se ve influenciado por el entorno familiar, social y comunitario; la pérdida de roles, el aislamiento, las enfermedades de patología prolongada y la disminución de redes de apoyo pueden incrementar el riesgo de síntomas depresivos; por ello, una intervención comunitaria permite abordar no solo el aspecto emocional, sino también la dimensión social de la depresión, al generar espacios de interacción, acompañamiento y apoyo mutuo.

Asimismo, la teoría cognitivo conductual permite interpretar la mejora observada, debido a que los talleres comunitarios pueden ayudar a identificar pensamientos negativos, promover estrategias de afrontamiento y fortalecer conductas saludables; la reducción de los casos moderados y graves sugiere que los participantes pudieron adquirir recursos personales para manejar mejor sus emociones y responder de manera más adaptativa ante situaciones que afectan su bienestar; del mismo modo, la teoría del envejecimiento activo respalda la intervención, ya que favorece la interacción social, el fortalecimiento de nuevas formas de aprendizaje y la autonomía, elementos fundamentales para preservar la salud mental durante la vejez.

Por tanto, la discusión de los resultados permite afirmar que los objetivos de la investigación fueron respondidos favorablemente; se evaluaron los niveles de depresión antes y después del taller comunitario, se compararon ambos momentos de medición y se identificó una mejora clara en el post test; la implementación del taller comunitario mostró un efecto positivo en el manejo de la depresión en adultos de edad avanzada de Pucallpa, 2026, debido al incremento del grupo sin síntomas y a la disminución de los niveles leve, moderado y grave; aunque estos resultados evidencian una tendencia favorable, la

confirmación estadística del efecto dependerá de la aplicación de una prueba inferencial correspondiente; no obstante, desde el análisis descriptivo y teórico, los hallazgos respaldan la pertinencia de los talleres comunitarios como estrategia de promoción, prevención y manejo de la depresión en adultos mayores.

CONCLUSIONES

- Se concluye que la implementación de un taller comunitario sobre el manejo de la depresión produce cambios significativos en los niveles de depresión en adultos mayores de Pucallpa, 2026. Ya que el taller comunitario tuvo un efecto significativo en la reducción de la depresión en adultos mayores. Los resultados del test de Wilcoxon ($Z = -4,987$; $p < 0,001$) muestran que los niveles de depresión disminuyeron de manera estadísticamente significativa tras la intervención.
- Se determinó el nivel de depresión en el pretest no presentan síntomas de depresión en un 26%, un 42%, presentan depresión leve, un 20% presentan depresión moderada y un 12% presentan depresión grave; y en el postest no presentan síntomas de depresión en un 60%, un 26% presentan depresión leve, un 12% presentan depresión moderada y un 2% grave.
- Se concluye que los niveles de depresión mejoro en el pre test no presentaban síntomas de depresión en un 26% y en el post test mejoro significativamente en un 60%.

RECOMENDACIONES

- Implementar mediciones periódicas mediante evaluaciones con valorar los niveles de depresión en los adultos mayores que participan en programas comunitarios, con el fin de detectar oportunamente cambios en su estado emocional y brindar apoyo psicológico adecuado.
- Fortalecer y ampliar la aplicación de talleres comunitarios dirigidos netamente adultos mayores, debido a que la comparación de los niveles de depresión antes y después de la intervención evidencia beneficios en la salud mental de esta población.
- Incorporar el taller comunitario como estrategia de promoción de la salud mental en los programas dirigidos a adultos mayores en Pucallpa, favoreciendo la reducción de los síntomas depresivos y mejorando su bienestar emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Fernández Vasquez KJ. Depresión en adultos mayores de comunidades indígenas en Purús, Ucayali, Perú. Rev. Peru Med. Integr. [Internet]. 31 de marzo de 2024 [citado 23 de diciembre de 2024];9(1). Disponible en: https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/771.

2) World Health Organization. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. Ginebra: WHO; 8 octubre 2025 [citado 23 dic 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

3) Pan American Health Organization / World Health Organization. PAHO/WHO [Internet]. Washington, DC: PAHO; [citado 23 dic 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/

4) Maria da Silva N, Silva de França M, Freitas Holanda de Almeida DK, Guedes de Lima ES, Brito dos Santos VH, Victor de Araújo Souza J, et al. Effects of a multicomponent exercise program on groups of community-dwelling older adults with low schooling: A pilot study. J Aging Res [Internet]. 2021;2021:1–12. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1155/2021/8829332

5) Revista Panamericana de Salud Pública. Experiencias de prevención de trastornos mentales en comunidades rurales en México: talleres educativos para adultos mayores. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e1-7.

6) Silva S, Pocinho R, Gordo S, Fernández Muñoz JJ. Effectiveness of a treatment in older adults on physical frailty, anxiety, and depression: a longitudinal study including workshops on cognitive stimulation, creative arts, digital literacy, and physical-motor activity. Clin Gerontol. 2025;49(1):47-54. doi:10.1080/07317115.2025.2494636.

7) Zhou W, Qiao X, Jin Y, Si H, Bian Y, Liu Q, et al. Impacts of depressive symptoms on the effectiveness of a theory-driven exercise intervention among community-dwelling (pre)frail older adults. Clin Gerontol. 2024:1-15. doi:10.1080/07317115.2024.2447829.

8) Orosco Goicochea CJ, Lazcano Vázquez C. Evaluación de la efectividad de estrategias y programas para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico

en personas adultas mayores: una revisión sistemática. Análisis y Modificación de Conducta. 2024;50(184):67-78. doi:10.33776/amc.v50i184.8301.

9) Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en adultos mayores en el Perú. Informe Nacional de Salud Mental. 2022.

10) Revista de Psicología del Perú. Intervenciones comunitarias en salud mental en la selva peruana: impacto en adultos mayores. Rev Psicol Perú. 2023;29(2):45-52.

11) Logacho SYD, Quiroz AV. Programa de prevención de la ansiedad y depresión en adultos mayores que residen en el hogar del adulto mayor San Ignacio de Loyola del cantón Rumiñahui. Tesis de licenciatura. Universidad Politécnica Salesiana; 2022. http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/22055

12) EsSalud Pucallpa. Informe sobre la salud mental en adultos mayores en Pucallpa: prevalencia de ansiedad y depresión. Informe EsSalud Pucallpa. 2022.

13) Centro de Salud Mental Comunitario Pucallpa. Resultados preliminares del taller piloto de relajación y dinámicas grupales en adultos mayores con depresión leve. Informe Técnico. 2021

14) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR (5th ed., text revision). Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing; 2022. doi:10.1176/appi.books.9780890425787

15) GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2019. Lancet Psychiatry. 2022;9(2):137-150. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3.

16) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text revision. Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing; 2022.

17) GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of mental disorders in 204 countries and territories in 2019. Lancet Psychiatry. 2022;9(2):137-150. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3.

18) Yatham LN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2023 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2023;25(5):432-502. doi:10.1111/bdi.13263.

19) Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: prevalence, screening, and treatment updates. Lancet Psychiatry. 2023;10(3):180-192. doi:10.1016/S2215-0366(22)00305-5.

20) Lam RW, Levitan RD. Pathophysiology of seasonal affective disorder: implications for treatment. CMAJ. 2021;193(1):E35-E41. doi:10.1503/cmaj.201143.

21) De Hert M, et al. Comorbid depression in schizophrenia: epidemiology, clinical impact, and management. Lancet Psychiatry. 2022;9(9):776-790. doi:10.1016/S2215-0366(22)00212-8.

22) Salguero JM, et al. Assessment of fatigue in major depressive disorder: psychometric properties and clinical implications. J Affect Disord. 2021;293:241-250. doi:10.1016/j.jad.2021.06.045.

23) Bachem R, Maercker A. Adjustment disorder: current developments and future directions. Curr Opin Psychiatry. 2021;34(4):295-301. doi:10.1097/YCO.0000000000000720.

24) World Health Organization. Depression. Geneva: WHO; 2023 [cited 23 Dec 2024]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.

25) Byers AL, Yaffe K. Late-life anxiety disorders: epidemiology, impact, and management. Lancet Psychiatry. 2022;9(6):456-466. doi:10.1016/S2215-0366(22)00114-7.

26) Alejandro B, Parral P, Antonia M, Obaa J. Comparación de la depresión geriátrica según el género utilizando la escala GDS Comparison of geriatric depression by gender using the GDS scale [Internet]. Ujed.mx. [cited 2026 June 11]. Available from: https://revistajo.ujed.mx/index.php/jo/article/view/326/295

27) Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. Anxiety disorders in older adults: prevalence, comorbidity, and impact on health. Am J Geriatr Psychiatry. 2021;29(5):450-463. doi:10.1016/j.jagp.2020.09.020.

28) Byers AL, Yaffe K. Anxiety disorders in older adults: epidemiology, clinical impact, and management. Depress Anxiety. 2022;39(4):321-335. doi:10.1002/da.23232.

29) Lenze EJ, Wetherell JL. Treatment of anxiety disorders in older adults: current and emerging approaches. Curr Psychiatry Rep. 2021;23(10):65. doi:10.1007/s11920-021-01279-7.

30) Byers AL, Yaffe K. Specific phobias in older adults: epidemiology, clinical impact, and treatment approaches. J Anxiety Disord. 2022;87:102515. doi:10.1016/j.janxdis.2022.102515.

31) Shear MK, et al. Anxiety disorders in older adults: emerging research on separation anxiety and clinical management. Clin Gerontol. 2021;44(3):235-247. doi:10.1080/07317115.2020.1854872.

32) Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. Anxiety and depression in older adults: prevalence, co-occurrence, and shared risk factors. Am J Geriatr Psychiatry. 2021;29(5):450-463. doi:10.1016/j.jagp.2020.09.020.

33) Lenze EJ, Wetherell JL. Anxiety disorders in older adults: epidemiology, clinical features, and treatment approaches. Lancet Psychiatry. 2021;8(9):809-820. doi:10.1016/S2215-0366(21)00191-4.

34) Yatham LN, et al. CANMAT and ISBD 2023 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2023;25(5):432-502. doi:10.1111/bdi.13263.

35) Wuthrich VM, Rapee RM. Evidence-based interventions for anxiety disorders in older adults. Curr Opin Psychol. 2022;43:117-123. doi:10.1016/j.copsyc.2022.01.011.

36) Santabárbara J, et al. Comorbidity of anxiety and depression in older adults: epidemiology, clinical impact, and treatment considerations. Int J Geriatr Psychiatry. 2022;37(5):e346-e356. doi:10.1002/gps.5705.

37) Carrasco S. Metodología de la investigación científica. 1ra ed. Lima. Edit San Marcos. Perú. 2013.

38) Hernández R, Méndez S, Mendoza C, Cuevas A. Fundamentos de investigación. Educación McGraw-Hill. España. 2017.

39) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975;23(10):433–41.

40) Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press; 2000. p. 137–173.

41) Colom F, Vieta E. Psychoeducation manual for bipolar disorder. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
42) Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cogn Ther Res. 2021;45(3):1–15
43) Laidlaw K, Kishita N. Cognitive behavioral therapy for older adults. Psychol Psychother. 2020;93(1):1–19
44) Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cogn Ther Res. 2021;45(3):1–15.
45) Laidlaw K, Kishita N. Cognitive behavioral therapy for older adults. Psychol Psychother. 2020;93(1):1–19.
46) World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization; 2023.
47) Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJH. Behavioral activation interventions for depression: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2020;77:101825
48) Laidlaw K, Kishita N. Cognitive behavioral therapy for older adults. Psychol Psychother. 2020;93(1):1–19
49) Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Annu Rev Clin Psychol. 2022;18:363–389.
50) World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization; 2023.
51) World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization; 2023.
52) Organización Panamericana de la Salud. Intervenciones comunitarias en salud mental. Washington, DC: OPS; 2021.
53) World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization; 2023.

ANEXOS

Anexo N°01: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN		
			VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
General: ¿En qué medida la implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión reducirá los niveles de depresión en adultos mayores de Pucallpa, 2026? **Específico** ¿Cuáles son los niveles de depresión en adultos mayores antes de la implementación del taller comunitario Pucallpa en 2026? ¿Cuáles son los niveles de depresión en adultos mayores después de la implementación del taller comunitario en Pucallpa en 2026? ¿Existen diferencias en los niveles de depresión en adultos mayores antes y después de la implementación del taller comunitario en Pucallpa, 2026?	**General:** Implementar un taller comunitario sobre manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026. **Específico** 1. Identificar los niveles de depresión en adultos mayores antes y después de la implementación del taller comunitario en Pucallpa, 2026 2. Comparar los niveles de depresión en adultos mayores antes y después del taller comunitario en Pucallpa, 2026	Ha: La implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión mejorará significativamente el bienestar somático y social en adultos mayores de Pucallpa en 2026 H0: La implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión no mejorará significativamente el bienestar somático y social en adultos mayores de Pucallpa en 2026 H1: Existen diferencias significativas en los niveles de depresión antes y después de la implementación del taller comunitario en Pucallpa, 2026 H2: La implementación del taller comunitario reduce significativamente el puntaje promedio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en adultos mayores de Pucallpa, 2026	VI. Implementación del taller comunitario	Planificación del taller	Plan de sesiones, contenidos definidos, materiales elaborados
					Sesiones realizadas, asistencia, participación
				Ejecución del taller	Técnicas emocionales, reducción de ansiedad, dinámicas grupales
				Estrategias de intervención	
			VD. Depresión	Nivel de depresión	-Sin depresión -Depresión leve -Depresión moderada -Depresión severa
			Variables de caracterización Edad	Edad en años	Número de Años cumplidos

			Género	-Género biológico	-Masculino -Femenino
			Estado Civil	Situación conyugal	-Soltero -Casado -Viudo -Divorciado -Conviviente
			Núcleo Familiar	Tipo de convivencia familiar	-Vive solo -Vive con pareja -Vive con hijos - Vive con otros familiares.
			Nivel Educativo	Escolaridad alcanzada	-Sin estudios -Primaria -Secundaria -Superior
			Condición Laboral	Situación ocupacional actual	-Activo -Jubilado -Pensionista -No trabaja
			Presencia De Enfermedades Crónicas	Condición de salud crónica	-Si -No
			Red De Apoyo	Apoyo social percibido	-Cuenta con apoyo familiar -Cuenta con apoyo social -No cuenta con apoyo

Anexo N°02: Instrumentos de recolección de datos

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS TEST DE PFEIFFER (SPMSQ)

Descripción del instrumento

El Test de Pfeiffer, también conocido como Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), es un instrumento breve diseñado para evaluar el estado cognitivo, especialmente en adultos mayores. Permite identificar posibles niveles de deterioro cognitivo mediante preguntas simples relacionadas con orientación, memoria y cálculo.

Instrucciones de aplicación

El evaluador debe formular las siguientes preguntas al entrevistado de manera clara y registrar cada respuesta como correcta o incorrecta. No se debe brindar ayuda al participante durante la evaluación.

Cuestionario

1. ¿Qué día es hoy? (día, mes y año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Cómo se llama este lugar?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (o dirección, si no tiene teléfono)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿En qué fecha nació?
7. ¿Quién es el presidente actual del país?
8. ¿Quién fue el presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de su madre?
10. Reste de 3 en 3 desde el número 20.

Sistema de puntuación e interpretación

Se contabiliza el número de errores cometidos:

- 0–2 errores: Función cognitiva normal

- 3–4 errores: Deterioro cognitivo leve
- 5–7 errores: Deterioro cognitivo moderado
- 8–10 errores: Deterioro cognitivo severo

Nota: Se pueden permitir más errores en personas con bajo nivel educativo, según criterios del evaluador.

Observaciones

Este instrumento debe ser aplicado respetando los principios éticos de confidencialidad y consentimiento informado. En caso de utilizar una versión adaptada o traducida, se debe indicar en la metodología de la investigación.

I. Ficha Epidemiológica

Participante: _____ Edad: ___años
Sexo:

☐ Masculino ☐ Femenino Estado civil:

☐ Soltero(a)

☐ Casado(a)

☐ Conviviente

☐ Viudo(a)

☐ Divorciado(a)/Separado(a)

¿Con quién vive actualmente?

☐ Vive solo(a)

☐ Vive con pareja

☐ Vive con hijos

☐ Vive con otros familiares: _____

☐ Nivel de instrucción alcanzado:

☐ Sin instrucción

☐ Primaria completa

☐ Secundaria completa

☐ Educación superior

Condición laboral actual:

☐ Activo laboralmente

☐ Jubilado(a)/Pensionista

☐ Desempleado(a)

☐ Ama de casa

¿Presenta alguna enfermedad crónica diagnosticada por un profesional de salud?

☐ Sí ☐ No

¿Cuenta con apoyo familiar?

☐ Sí ☐ No

¿Cuenta con apoyo social o comunitario?

☐ Sí ☐ No

I. Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) Instrucciones al participante:

A continuación, se le presentarán una serie de preguntas relacionadas con cómo se ha sentido en los últimos días.

Responda cada pregunta marcando con una X la alternativa que mejor represente su situación actual. Ítems del cuestionario.

N°	ÍTEM	SI	NO
01	¿En general, está satisfecho(a) con su vida?		
02	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?		
03	¿Siente que su vida está vacía?		
04	¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?		
05	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?		
06	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?		
07	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
08	¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?		
09	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?		
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11	¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?		
12	¿Actualmente se siente un(a) inútil?		
13	¿Se siente lleno(a) de energía?		
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?		
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?		

Sistema de puntuación

Cada respuesta indicativa de depresión puntúa 1 punto. Las respuestas no indicativas puntúan 0 puntos. El puntaje total oscila entre 0 y 15 puntos.
Interpretación de resultados
0 – 4 puntos: Sin síntomas depresivos

5 – 8 puntos: Síntomas depresivos leves

9 – 11 puntos: Síntomas depresivos moderados 12 – 15 puntos: Síntomas depresivos graves

Observaciones

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) es un instrumento validado en población adulta mayor y se utiliza como herramienta de tamizaje para detectar síntomas depresivos.

Anexo N°03: Validación de instrumentos por juicio de expertos

1) Validación del test de Pfeiffer

Ficha de evaluación del experto 1 (Pfeiffer)

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES DEL INSTRUMENTO

Nombre del instrumento: Test de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire – SPMSQ)
Autor: Earl F. Pfeiffer (1975)
Variable que evalúa: Estado cognitivo.
Objetivo: Evaluar el estado cognitivo mediante la identificación de posibles alteraciones en la orientación, memoria, atención y cálculo en personas adultas mayores.
Población objetivo: Adultos mayores.
Número de ítems: 10 preguntas.
Tiempo de aplicación: 5–10 minutos.
Tipo de respuesta: Respuesta verbal.
Escala de puntuación: Número de errores obtenidos durante la evaluación.

II. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Instrucciones para el experto: Marque con una (X) el nivel de cumplimiento de cada criterio considerando la siguiente escala:

- 1 = Deficiente
- 2 = Regular
- 3 = Bueno
- 4 = Muy bueno

Criterio	1	2	3	4	Observaciones
Claridad de las preguntas	☐	☐	☐	☒	Instrumento incluido en RM 2051 - 2024/MINSA
Coherencia con la variable de estudio	☐	☐	☐	☒	
Pertinencia de los ítems	☐	☐	☐	☒	
Relevancia del contenido	☐	☐	☐	☒	
Suficiencia para evaluar el estado cognitivo	☐	☐	☐	☒	
Comprensión del lenguaje utilizado	☐	☐	☐	☒	
Organización y secuencia de los ítems	☐	☐	☐	☒	
Aplicabilidad del instrumento	☐	☐	☐	☒	

Luis Enrique Ciudad Fernadez
MEDICO - GERIATRA
CMP: 33450 - RNE: 26682

IV. DATOS DEL EXPERTO

Nombre y apellidos: LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ
Profesión: MEDICO - GERIATRA
Especialidad: GERIATRIA
Firma: Luis Enrique Ciudad Fernadez MEDICO - GERIATRA CMP: 33450 - RNE: 26682
Fecha: 3 / 07 / 2026

Ficha de evaluación del experto 2 (Pfeiffer)

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES DEL INSTRUMENTO

Nombre del instrumento: Test de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire – SPMSQ)
Autor: Earl F. Pfeiffer (1975)
Variable que evalúa: Estado cognitivo.
Objetivo: Evaluar el estado cognitivo mediante la identificación de posibles alteraciones en la orientación, memoria, atención y cálculo en personas adultas mayores.
Población objetivo: Adultos mayores.
Número de ítems: 10 preguntas.
Tiempo de aplicación: 5–10 minutos.
Tipo de respuesta: Respuesta verbal.
Escala de puntuación: Número de errores obtenidos durante la evaluación.

II. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Instrucciones para el experto: Marque con una (X) el nivel de cumplimiento de cada criterio considerando la siguiente escala:

- 1 = Deficiente
- 2 = Regular
- 3 = Bueno
- 4 = Muy bueno

Criterio	1	2	3	4	Observaciones
Claridad de las preguntas	☐	☐	☐	☒	
Coherencia con la variable de estudio	☐	☐	☐	☒	
Pertinencia de los ítems	☐	☐	☐	☒	
Relevancia del contenido	☐	☐	☐	☒	
Suficiencia para evaluar el estado cognitivo	☐	☐	☐	☒	
Comprensión del lenguaje utilizado	☐	☐	☐	☒	
Organización y secuencia de los ítems	☐	☐	☐	☒	
Aplicabilidad del instrumento	☐	☐	☐	☒	

IV. DATOS DEL EXPERTO

Nombre y apellidos: Victoria M. Hernandez Moron
Profesión: Medico
Especialidad: Medicina Interna

Firma: vhernandez
Fecha: 03 / 07 / 2026

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU - GRS - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO
vhernandez
DRA. VICTORIA M. HERNANDEZ MORON
MÉDICO INTERNISTA CMP: 060597 RNE 50408
MÉDICO ASISTENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA

Ficha de evaluación del experto 3 (Pfeiffer)

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES DEL INSTRUMENTO

Nombre del instrumento: Test de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire – SPMSQ)
Autor: Earl F. Pfeiffer (1975)
Variable que evalúa: Estado cognitivo.
Objetivo: Evaluar el estado cognitivo mediante la identificación de posibles alteraciones en la orientación, memoria, atención y cálculo en personas adultas mayores.
Población objetivo: Adultos mayores.
Número de ítems: 10 preguntas.
Tiempo de aplicación: 5–10 minutos.
Tipo de respuesta: Respuesta verbal.
Escala de puntuación: Número de errores obtenidos durante la evaluación.

II. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Instrucciones para el experto: Marque con una (X) el nivel de cumplimiento de cada criterio considerando la siguiente escala:

- 1 = Deficiente
- 2 = Regular
- 3 = Bueno
- 4 = Muy bueno

Criterio	1	2	3	4	Observaciones
Claridad de las preguntas	☐	☐	☐	☒	
Coherencia con la variable de estudio	☐	☐	☐	☒	
Pertinencia de los ítems	☐	☐	☐	☒	
Relevancia del contenido	☐	☐	☐	☒	
Suficiencia para evaluar el estado cognitivo	☐	☐	☐	☒	
Comprensión del lenguaje utilizado	☐	☐	☐	☒	
Organización y secuencia de los ítems	☐	☐	☐	☒	
Aplicabilidad del instrumento	☐	☐	☐	☒	

IV. DATOS DEL EXPERTO

Nombre y apellidos: Jose Antonio Vilchez Huamán
Profesión: Medico – Neurólogo
Especialidad: Neurología

Firma:

Fecha: 03 / 02 / 2026

MINISTERIO DE SALUD
DIRESA - JUNIN
HOSPITAL ...
Dr. JOSE ANTONIO VILCHEZ HUAMAN
MEDICO NEUROLOGO
C.M ...

2) Validación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Ficha de evaluación del experto 1 (GDS)

Formato de Validación de Escala – GDS-15 por Expertos

Proyecto: Implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.
Escala utilizada: GDS-15 (Geriatric Depression Scale – 15 ítems)
Fecha de validación: 11/04/ 2026
Lugar: Centro de Salud 9 de octubre.
Investigadora responsable: Annie Mia Wagner Mendoza.
Objetivo de la validación:
Que expertos en salud mental evalúen si cada ítem de la **GDS-15** es **claro, relevante y adecuado** para adultos mayores de la comunidad, antes de aplicarlo en el presente trabajo de investigación.

Ítem	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Observaciones
1	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
2	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
3	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
5	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
6	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
7	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
8	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
9	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
10	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
11	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
12	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
13	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
14	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
15	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	

Conclusión del experto

- La escala GDS-15 es adecuada para su aplicación en adultos mayores: Sí / No
- Observaciones adicionales: _____

Nombre completo: Ademir Saul Huanca Borda

Especialidad / Título: Medico - Psiquiatra

MINISTERIO DE SALUD
DIRESA - GOB - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO

ADEMIR S. HUANCA BORDA
MEDICO PSIQUIATRA
CMP 30389 RNE 35814

Firma: _____
Fecha: 23 / 03 / 2026

Ficha de evaluación del experto 2 (GDS)

Formato de Validación de Escala – GDS-15 por Expertos

Proyecto: Implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.
Escala utilizada: GDS-15 (Geriatric Depression Scale – 15 ítems)
Fecha de validación: 10/04/ 2026
Lugar: Centro de Salud 9 de octubre.
Investigadora responsable: Annie Mia Wagner Mendoza.
Objetivo de la validación:
Que expertos en salud mental evalúen si cada ítem de la **GDS-15** es **claro, relevante y adecuado** para adultos mayores de la comunidad, antes de aplicarlo en el presente trabajo de investigación.

Ítem	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Observaciones
1	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
2	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
3	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
5	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
6	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
7	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
8	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
9	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
10	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
11	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
12	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
13	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
14	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
15	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	

Conclusión del experto

- La escala GDS-15 es adecuada para su aplicación en adultos mayores: Sí / No
- Observaciones adicionales: _____

Nombre completo: LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ

Especialidad / Título: GERIATRIA

LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ
MEDICO-GERIATRA
RNE 14483

Firma: _____

Fecha: 23 / 03 / 2025

Ficha de evaluación del experto 3 (GDS)

Formato de Validación de Escala-GDS-15 por Expertos

Proyecto: Implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026.

Escala utilizada: GDS-15 (Geriatric Depression Scale -15 ítems)

Fecha de validación: 26/3/2026

Lugar: Centro de Salud 9 de octubre

Investigadora responsable: Annie Mía Wagner Mendoza

Objetivo de la validación:

Que expertos en salud mental evalúen si cada ítem de la GDS-15 es claro, relevante y adecuado para adultos mayores de la comunidad, antes de aplicarlo en el presente trabajo de investigación.

Ítem	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Observaciones
1	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
2	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
3	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
5	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
6	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
7	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
8	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
9	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
10	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
11	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
12	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
13	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
14	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	
15	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	☐1 ☐2 ☐3 ☑4	

Observaciones adicionales:

Nombre completo: Vania Cristiane Guerra Vela

Especialidad/Título: Psiquiatra.

Dra. Vania C. Guerra Vela
MEDICO PSIQUIATRA
CMP. 05695 - RNE. 039190

Firma:

Fecha: 23/03/2026

3) Validación del programa de sesiones del taller comunitario

VALIDACIÓN DEL PROGRAMA DEL TALLER COMUNITARIO

Título del estudio:
Implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa, 2026.

Objetivo del taller:
Evaluar el efecto de la implementación de un taller comunitario sobre el manejo de la depresión en adultos mayores.

Descripción del programa:
El programa consiste en un taller comunitario estructurado en 8 sesiones psicoeducativas, orientadas a la comprensión de la depresión, fortalecimiento emocional, promoción del apoyo social y desarrollo de estrategias de afrontamiento en adultos mayores.

Programa de Sesiones

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DURACIÓN
1	Presentación	Sensibilizar sobre la depresión	Dinámica grupal y charla	60 min
2	Depresión en el adulto mayor	Reconocer síntomas	Exposición y diálogo	60 min
3	Emociones	Identificar emociones	Ejercicios participativos	60 min
4	Afrontamiento	Manejo emocional	Relajación y respiración	60 min
5	Autoestima	Reforzar autovaloración	Dinámica reflexiva	60 min
6	Relaciones sociales	Fortalecer apoyo social	Trabajo grupal	60 min
7	Actividad y bienestar	Promover hábitos saludables	Actividad recreativa	60 min
8	Cierre	Evaluar el taller	Retroalimentación y post test	60 min

Matriz de Validación por Juicio de Expertos

Ítem	Claridad	Pertinencia	Coherencia	Relevancia
Objetivos del taller	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado
Contenido de las sesiones	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado
Actividades propuestas	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado
Duración del programa	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado
Adecuación al adulto mayor	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado	~~Adecuado~~ / No adecuado

Nombre del experto: Madelen Estrada Ruano

Profesión: Psicóloga - Dra. Salud Pública

Firma:

Fecha: 11-03-2026

Anexo N°04: Prueba Piloto

Objetivo: Evaluar la comprensión, claridad, aplicabilidad y tiempo de aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en adultos mayores antes de su aplicación en la muestra definitiva del estudio.

Lugar de ejecución:

Centro de Salud 9 de octubre

Participantes:

La prueba piloto se realizó con cinco (05) adultos mayores que cumplían con los criterios de inclusión establecidos para la investigación. Los participantes no formaron parte de la muestra definitiva del estudio.

Procedimiento:

Previa explicación del objetivo de la investigación y la firma del consentimiento informado, se aplicó de manera individual la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Durante la aplicación se evaluó la comprensión de las preguntas, el tiempo requerido para responder el instrumento y la existencia de dificultades en la interpretación de los ítems.

Resultados de la prueba piloto:

La aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) permitió verificar que los participantes comprendieron adecuadamente las preguntas formuladas. No se evidenciaron dificultades en la interpretación de los ítems ni inconvenientes durante la administración del instrumento.

El tiempo promedio de aplicación fue de aproximadamente 10 a 15 minutos por participante, considerándose adecuado para la población de estudio.

Conclusión:

La aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) permitió verificar que los participantes comprendieron adecuadamente las preguntas formuladas. No se evidenciaron dificultades en la interpretación de los ítems ni inconvenientes durante la administración del instrumento.

El tiempo promedio de aplicación fue de aproximadamente 10 a 15 minutos por participante, considerándose adecuado para la población de estudio.

Escala GDS-Prueba piloto

Proyecto: Taller comunitario sobre manejo de la depresión en adultos mayores.

Este cuestionario es una prueba piloto para mejorar el taller; sus respuestas serán confidenciales y usadas solo para ajustar la escala.

I. Ficha Epidemiológica

Participante: _____
Edad: 70 años
Sexo:
☐ Masculino ☑ Femenino
Estado civil:
☐ Soltero(a)

☐ Casado(a)

☐ Conviviente

☑ Viudo(a)

☐ Divorciado(a)/Separado(a)
¿Con quién vive actualmente?
☐ Vive solo(a)
☐ Vive con pareja
☑ Vive con hijos
☐ Vive con otros familiares: _____
Nivel de instrucción alcanzado:
☐ Sin instrucción

☑ Primaria completa

☐ Secundaria completa

☐ Educación superior
Condición laboral actual:
☐ Activo laboralmente

☑ Jubilado(a)/Pensionista

☐ Desempleado(a)

☐ Ama de casa
¿Presenta alguna enfermedad crónica diagnosticada por un profesional de salud?
☑ Sí ☐ No
¿Cuenta con apoyo familiar?
☑ Sí ☐ No
¿Cuenta con apoyo social o comunitario?
☑ Sí ☐ No

II. Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

A continuación, se le presentarán una serie de preguntas relacionadas con cómo se ha sentido en los últimos días. Responda cada pregunta marcando con una X la alternativa que mejor represente su situación actual.

Ítems del cuestionario.

N°	ÍTEM	SI	NO
01	¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	X	
02	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	X	
03	¿Siente que su vida está vacía?		X
04	¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	X	
05	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?		X
06	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	X	
07	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		X
08	¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	X	
09	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	X	
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		X
11	¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	X	
12	¿Actualmente se siente un(a) inútil?		X
13	¿Se siente lleno(a) de energía?		X
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?		X
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	X	

Sistema de puntuación

Cada respuesta indicativa de depresión puntúa 1 punto.

Las respuestas no indicativas puntúan 0 puntos.

El puntaje total oscila entre 0 y 15 puntos.

Interpretación de resultados

0 – 4 puntos: Sin síntomas depresivos

5 – 8 puntos: Síntomas depresivos leves

9 – 11 puntos: Síntomas depresivos moderados

12 – 15 puntos: Síntomas depresivos graves

Observaciones La Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) es un instrumento validado en población adulta mayor y se utiliza como herramienta de tamizaje para detectar síntomas depresivos.

Anexo N°05: Programa de sesiones del taller comunitario

Tema: Manejo de la depresión en adultos mayores Modalidad: Presencial – grupal

Duración del taller: 8 sesiones Frecuencia: 1 sesión por semana Duración por sesión: 60–90 minutos

Cronograma de sesiones del taller comunitario

Tema: Manejo de la depresión en adultos mayores

Lugar: Comunidad de Pucallpa **Duración:** 8 sesiones – 1 sesión semanal **Tiempo por sesión:** 60–90 minutos

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES PRINCIPALES	TÉCNICA	MATERIALES	RESPONSABLES
1	Bienvenida y evaluación inicial	Generar confianza y evaluar el estado emocional inicial	Presentación, normas del taller, dinámica grupal, evaluación inicial Realización del pre-test	Dinámica grupal participativa: "Mi red de apoyo"	Fichas, lápices, cuestionario	Facilitador / Psicólogo
2	Comprendiendo la depresión en la vejez	Brindar información básica sobre la depresión	Charla educativa, diálogo grupal, identificación de emociones	Psicoeducación participativa	Láminas educativas, rotafolio, plumones	Facilitador
3	Pensamientos y emociones	Reconocer pensamientos negativos asociados a la depresión	Ejercicios reflexivos, discusión grupal	Reestructuración cognitiva guiada	Hojas, plumones	Facilitador
4	Manejo emocional	Aprender técnicas de relajación	Respiración, relajación guiada, mindfulness	Relajación guiada y atención plena	Sillas y Música suave	Facilitador
5	Activación conductual y	Fomentar actividades placenteras	Planificación de rutinas, dinámicas de	Activación conductual con refuerzo de	Hojas bond, lápices, cartulinas y	Facilitador

	autoestima	y autoestima	reconocimiento	autoestima	plumones.	
6	Apoyo social y comunicación	Fortalecer redes sociales y habilidades comunicativas	Dinámicas grupales, identificación de redes de apoyo	Dinámicas grupales de apoyo social	Hojas y plumón	Facilitador
7	Autocuidado y estilos de vida saludables	Promover hábitos saludables	Charla, elaboración de plan de autocuidado	Psicoeducación en autocuidado	Hojas bond y lápices	Facilitador/ Enfermería
8	Cierre y evaluación final	Evaluar resultados y reforzar aprendizajes	Evaluación final, reflexión grupal, cierre del taller	Evaluación participativa	Cuestionario	Facilitador

Indicadores de evaluación

- Nivel de participación en las sesiones.
- Cambio en los puntajes de depresión pre y post taller.
- Satisfacción de los participantes.
- Fortalecimiento de redes de apoyo

Anexo N°06: Desarrollo de las sesiones del taller comunitario

PROGRAMA DE SESIONES DEL TALLER COMUNITARIO TEMA: MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

Modalidad: Presencial – grupal Duración del taller: 8 sesiones Frecuencia: 1 sesión por semana Duración por sesión: 60–90 minutos

SESIÓN 1: BIENVENIDA Y EVALUACIÓN INICIAL

1) Bienvenida y presentación Tiempo: 10–15 minutos

- Presentación del facilitador.
- Presentación breve de los participantes.
- Explicación de los objetivos del taller comunitario.
- Establecimiento de normas de convivencia
- Firma del consentimiento informado

2) Dinámica grupal: "Mi red de apoyo"

   Tiempo: 20–30 minutos

   Objetivo:

   Fortalecer el sentido de pertenencia e identificar las redes de apoyo social de los participantes.

   Descripción:

   Se solicitará a cada participante dibujarse en el centro de una hoja. Alrededor, se les pide que representen mediante nombres o símbolos a las personas, familiares, amigos o instituciones que les brindan apoyo emocional o social. Posteriormente, se realizará una reflexión grupal guiada sobre la importancia del apoyo social y las posibilidades de fortalecer dichas redes.

   Materiales:

   Hojas bond, lápices, plumones.

   Sustento teórico:

   La dinámica se fundamenta en la teoría del apoyo social, la cual reconoce que la percepción de apoyo social actúa como factor protector frente a la depresión, favoreciendo el bienestar emocional y la integración comunitaria en adultos mayores (39).

3) Evaluación inicial del estado emocional (Tamizaje – Pre test) Tiempo: 15–20 minutos

- Aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15).
- Explicación breve sobre el propósito de la evaluación.
- Aplicación individual del cuestionario.

4) Cierre y reflexión grupal Tiempo: 5–10 minutos

- Espacio breve para compartir impresiones de la sesión.
- Refuerzo de la participación y motivación para las siguientes sesiones.
- Agradecimiento a los participantes

SESIÓN 2: COMPRENDIENDO LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

Objetivo de la sesión

Brindar información clara sobre la depresión en la vejez, promoviendo el reconocimiento de emociones y síntomas depresivos en los participantes.

1) Bienvenida y retroalimentación breve Tiempo: 5–10 minutos

- Saludo y acogida a los participantes.
- Breve recordatorio de la sesión anterior.
- Espacio corto para que los participantes compartan cómo se sintieron después del primer encuentro.

2) Técnica: Psicoeducación participativa Tiempo: 30–40 minutos

Actividad: Charla educativa con diálogo grupal

Descripción:
Se desarrollará una charla educativa utilizando un lenguaje sencillo y adaptado al nivel de comprensión de los participantes. El facilitador explicará qué es la depresión en la vejez, sus causas, síntomas emocionales y conductuales, y desmitifica creencias erróneas asociadas al envejecimiento. Durante la exposición se fomentará el diálogo grupal, invitando a los participantes a expresar dudas, comentarios y experiencias personales.

Materiales:

Láminas educativas, rotafolio, plumones.

Sustento teórico:

La psicoeducación participativa se fundamenta en el enfoque cognitivo-conductual y en los modelos de promoción de la salud mental, los cuales señalan que el conocimiento sobre la enfermedad favorece la comprensión, reduce el estigma y promueve el reconocimiento temprano de síntomas depresivos (41).

3) Identificación de emociones Tiempo: 15–20 minutos

Actividad: Reconociendo mis emociones

Descripción:

El facilitador presentará emociones básicas (alegría, tristeza, miedo, enojo, tranquilidad) mediante ejemplos o tarjetas ilustrativas. Se invitará a los participantes a identificar cuáles emociones experimentan con mayor frecuencia y en qué situaciones de su vida diaria, favoreciendo la expresión emocional y la validación de sentimientos.

Materiales:

Tarjetas con emociones, pizarra o rotafolio.

4) Cierre y reflexión grupal Tiempo: 5–10 minutos

- Síntesis de los principales contenidos abordados.
- Espacio para preguntas finales.
- Refuerzo de mensajes clave sobre la importancia de reconocer y expresar las emociones.
- Invitación a participar en la siguiente sesión.

SESIÓN 3: RECONOCIENDO PENSAMIENTOS Y EMOCIONES

Duración: 60–90 minutos

Objetivo de la sesión

Identificar pensamientos negativos y emociones asociadas, reconociendo la relación entre pensamiento, emoción y conducta.

1) Bienvenida y repaso breve Tiempo: 5–10 minutos

- Saludo y breve recordatorio de la sesión anterior.
- Espacio corto para compartir experiencias o reflexiones.

2) Técnica: Reestructuración cognitiva guiada Tiempo: 25–30 minutos

Actividad 1: Identificación de pensamientos negativos

- Se presentarán situaciones comunes (ej. estar solo, sentirse cansado).
- Los participantes identificarán pensamientos que suelen aparecer.

Actividad 2: Cuestionamiento del pensamiento

- El facilitador guiará las preguntas simples:
- ¿Este pensamiento es totalmente cierto?
- ¿Hay otra forma de pensar la situación?

Actividad 3: Pensamiento alternativo

- Se promoverá la formulación de pensamientos más realistas y amables.

Sustento teórico:

La reestructuración cognitiva es una técnica del enfoque cognitivo-conductual que consiste en identificar pensamientos negativos o distorsionados asociados al malestar emocional, cuestionarlos de manera guiada y promover la formulación de pensamientos alternativos más realistas y adaptativos. Su aplicación favorece la regulación emocional y contribuye a la reducción de síntomas depresivos, siendo especialmente útil en intervenciones grupales con adultos mayores. (42) (43).

Materiales: Hojas bond y plumón

3) Actividad grupal de reflexión Tiempo: 10–15 minutos

- Espacio de diálogo voluntario sobre lo trabajado.
- Refuerzo de la idea de que los pensamientos pueden modificarse.

4) Cierre de la sesión Tiempo: 5–10 minutos

- Síntesis de los principales aprendizajes.
- Mensaje de refuerzo positivo.
- Invitación a la siguiente sesión.

SESIÓN 4: TÉCNICAS DE MANEJO EMOCIONAL

Duración: 60–90 minutos

Modalidad: Presencial – grupal

Objetivo de la sesión

Aprender estrategias sencillas para reducir el malestar emocional y favorecer la regulación emocional en los participantes.

1) Bienvenida y repaso breve Tiempo: 5–10 minutos

- Saludo y acogida a los participantes.
- Breve recordatorio de lo trabajado en la sesión anterior.
- Introducción al tema del manejo emocional y su importancia en la vida diaria.

2) Explicación introductoria: manejo emocional Tiempo: 10–15 minutos

   El facilitador explicará, mediante ejemplos cotidianos, cómo las emociones intensas pueden generar malestar físico y psicológico, y cómo la respiración y la atención al momento presente ayudan a recuperar la calma. Se resaltará que aprender a relajarse es una habilidad que puede practicarse en cualquier momento.

3) Técnica: Relajación guiada y atención plena (mindfulness adaptado) Tiempo: 35–40 minutos

   Descripción de la técnica:

   Se aplicará una técnica combinada de relajación guiada y atención plena, adaptada a las capacidades del adulto mayor. La actividad se desarrollará de manera guiada por el facilitador, promoviendo un ambiente tranquilo y seguro.

   Desarrollo de la dinámica:

- Ejercicios de respiración consciente, enfocándose en inhalar y exhalar de forma lenta y profunda.
- Relajación guiada, invitando a los participantes a identificar y soltar tensiones corporales, permaneciendo sentados.
- Ejercicio breve de atención plena, centrado en la respiración y en las sensaciones corporales presentes, sin juicios ni exigencias.

   Materiales:

   Sillas y música suave.

   Sustento teórico de la técnica

   La técnica de relajación guiada y atención plena se fundamenta en los modelos de regulación emocional y en las intervenciones basadas en mindfulness, los cuales señalan que la atención consciente a la respiración y al cuerpo permite disminuir la activación fisiológica asociada al estrés y al malestar emocional (44)(45). Diversos

estudios han demostrado que estas técnicas contribuyen a la reducción de ansiedad y síntomas depresivos, favoreciendo la autorregulación emocional y el bienestar psicológico (39)(40), siendo especialmente adecuadas para su aplicación en adultos mayores por su carácter sencillo y seguro (45)(46).

4) Retroalimentación grupal

   Tiempo: 10–15 minutos

- Los participantes compartirán voluntariamente cómo se sintieron durante los ejercicios.
- Identificación de cambios en sensaciones físicas y emocionales.
- Refuerzo positivo del uso de estas técnicas en la vida cotidiana.

5) Cierre de la sesión Tiempo: 5 minutos

- Síntesis de lo trabajado durante la sesión.
- Recomendación de practicar los ejercicios de respiración y relajación en casa.
- Motivación para participar en la siguiente sesión del taller.

SESIÓN 5: ACTIVACIÓN CONDUCTUAL Y AUTOESTIMA

Duración: 60–90 minutos

Modalidad: Presencial – grupal

Objetivo de la sesión

Promover la realización de actividades placenteras y fortalecer la autoestima de los participantes.

1) Bienvenida y repaso breve Tiempo: 5–10 minutos

- Saludo y acogida a los participantes.
- Breve recordatorio de la sesión anterior.
- Introducción al tema de la actividad y la autoestima.

2) Explicación introductoria: importancia de mantenerse activo Tiempo: 10–15 minutos

   El facilitador explicará, mediante ejemplos sencillos, cómo la inactividad y el aislamiento pueden incrementar el malestar emocional, mientras que la realización de actividades agradables favorece el estado de ánimo, la motivación y la autoestima en adultos mayores.

3) Técnica: Activación conductual con refuerzo de autoestima Tiempo: 30–35 minutos

Descripción de la técnica: La activación conductual es una técnica del enfoque cognitivo-conductual orientada a incrementar la participación en actividades significativas y placenteras, favoreciendo la percepción de utilidad personal y el fortalecimiento de la autoestima.

Desarrollo de la dinámica:

- Identificación de actividades significativas: los participantes reconocen actividades que disfrutan o disfrutaban realizar (caminar, conversar, cuidar plantas, manualidades).
- Planificación de rutinas saludables: se guía a los participantes para elegir una o dos actividades realistas que puedan incorporar a su rutina semanal.
- Dinámica de reconocimiento personal y grupal: cada participante comparte una cualidad, logro o actividad que valora de sí mismo, reforzada con comentarios positivos del grupo.

Materiales:

Hojas bond, lápices, cartulinas y plumones.

Sustento teórico de la técnica

La activación conductual se fundamenta en el enfoque cognitivo-conductual, el cual señala que el incremento de actividades gratificantes y con sentido personal contribuye a mejorar el estado de ánimo y reducir síntomas depresivos. Asimismo, el reconocimiento de logros y cualidades personales favorece el fortalecimiento de la autoestima (47)(48) promoviendo una percepción positiva de sí mismo y mayor motivación para el autocuidado en adultos mayores (49)(50).

4) Retroalimentación grupal

Tiempo: 10–15 minutos

- Espacio para que los participantes compartan cómo se sintieron durante la actividad.
- Refuerzo positivo de la participación y los logros identificados.

5) Cierre de la sesión Tiempo: 5 minutos

- Síntesis de los principales aprendizajes.
- Motivación para poner en práctica las actividades planificadas.
- Invitación a la siguiente sesión.

SESIÓN 6: FORTALECIENDO LAS RELACIONES Y EL APOYO SOCIAL

Duración: 60–90 minutos

Modalidad: Presencial – grupal

Objetivo de la sesión

Reducir el aislamiento social y fortalecer las redes de apoyo familiar y comunitario de los participantes.

1) Bienvenida y repaso breve Tiempo: 5–10 minutos

- Saludo y acogida a los participantes.
- Breve recordatorio de la sesión anterior.
- Introducción al tema del apoyo social y su importancia en la salud mental.

2) Explicación introductoria: importancia del apoyo social en la salud mental Tiempo: 10–15 minutos

   El facilitador explicará, mediante ejemplos cotidianos, cómo las relaciones sociales influyen en el bienestar emocional, destacando que el apoyo de familiares, amigos y la comunidad actúa como un factor protector frente a la depresión y el aislamiento en el adulto mayor.

3) Técnica: Dinámicas grupales de apoyo social y comunicación Tiempo: 30–35 minutos

   Descripción de la técnica:

   Se emplearán dinámicas grupales participativas orientadas a fortalecer la comunicación, la cooperación y el reconocimiento de las redes de apoyo existentes, promoviendo la interacción positiva entre los participantes.

   Desarrollo de la dinámica:

- Identificación de redes familiares y comunitarias: los participantes reconocerán personas e instituciones que forman parte de su red de apoyo (familia, amigos, vecinos, centros comunitarios).
- Estrategias para mejorar la comunicación: se dialogará sobre formas sencillas de expresar necesidades, pedir ayuda y mantener el contacto con otras personas.
- Dinámica grupal de cooperación: actividad breve que fomentará el trabajo en equipo, la escucha y el apoyo mutuo entre los participantes.

Materiales:

Hojas bond y plumón

Sustento teórico de la técnica

Las dinámicas grupales orientadas al fortalecimiento del apoyo social se fundamentan en el modelo biopsicosocial y en la teoría del apoyo social, los cuales reconocen que las relaciones interpersonales positivas contribuyen al bienestar emocional y a la reducción del aislamiento social. El fortalecimiento de redes familiares y comunitarias favorece la integración social, mejora la comunicación y actúa como un factor protector frente a la depresión en adultos mayores (51)(52).

4) Retroalimentación grupal

Tiempo: 10–15 minutos

- Espacio para que los participantes compartan sus reflexiones sobre el apoyo social.
- Identificación de acciones concretas para fortalecer sus relaciones.

5) Cierre de la sesión Tiempo: 5 minutos

- Síntesis de los principales aprendizajes.
- Refuerzo de la importancia de mantener vínculos sociales activos.
- Invitación a la siguiente sesión del taller.

SESIÓN 07: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y AUTOCUIDADO

Duración: 60–90 minutos

Modalidad: Presencial – grupal

Objetivo de la sesión

Reforzar hábitos de autocuidado y estilos de vida saludables que favorezcan el bienestar emocional en los participantes.

1) Bienvenida y repaso breve Tiempo: 5–10 minutos

- Saludo y acogida a los participantes.
- Breve recordatorio de la sesión anterior.
- Introducción al tema del autocuidado y su relación con la salud mental.

2) Explicación introductoria: estilos de vida saludables y bienestar emocional Tiempo: 15–20 minutos

   El facilitador explicará, mediante un lenguaje sencillo, cómo los hábitos diarios influyen en el estado de ánimo y la salud emocional. Se abordarán aspectos como la actividad física, el descanso y la alimentación, resaltando su importancia para mantener el bienestar psicológico en la adultez mayor.

3) Técnica: Psicoeducación en autocuidado y estilos de vida saludables Tiempo: 30–35 minutos

   Descripción de la técnica:

   Se utilizará la técnica de psicoeducación, orientada a brindar información práctica y comprensible sobre hábitos saludables, promoviendo la participación activa y la reflexión personal.

   Desarrollo de la dinámica:

- Actividad física leve y segura: se dialogará sobre la importancia de mantenerse activo mediante caminatas, estiramientos suaves u otras actividades acordes a la edad.
- Higiene del sueño: se abordarán recomendaciones básicas para mejorar la calidad del sueño, como establecer horarios regulares y crear rutinas de descanso.
- Alimentación saludable y su impacto emocional: se explicará cómo una alimentación balanceada contribuye al bienestar emocional y a la energía diaria.
- Elaboración de un plan personal de autocuidado: cada participante identificará uno o dos hábitos saludables que se compromete a practicar en su vida diaria.

   Materiales:

   Hojas bond y lápices

   Sustento teórico de la técnica

   La psicoeducación en autocuidado se fundamenta en los modelos de promoción de la salud y prevención en salud mental, los cuales destacan que la adopción de estilos de vida saludables contribuye al bienestar emocional y a la reducción de síntomas depresivos. En adultos mayores, la actividad física moderada, una adecuada higiene del sueño y una alimentación equilibrada se asocian con mejor estado de ánimo, mayor funcionalidad y mejor calidad de vida (52)(53).

4) Retroalimentación grupal

   Tiempo: 10–15 minutos

- Espacio para que los participantes compartan los hábitos que consideran más importantes.
- Refuerzo positivo del compromiso con el autocuidado.

5) Cierre de la sesión Tiempo: 5 minutos

- Síntesis de los principales aprendizajes.
- Motivación para poner en práctica el plan personal de autocuidado.
- Invitación a la siguiente sesión.

SESIÓN 8: CIERRE, EVALUACIÓN FINAL Y PROYECCIÓN

Duración: 60–90 minutos Modalidad: Presencial – grupal Objetivo de la sesión
Evaluar los resultados del taller comunitario, reforzar los aprendizajes adquiridos y promover la continuidad del autocuidado y el apoyo social.

1) Bienvenida y explicación de la sesión final Tiempo: 5–10 minutos

- Saludo y acogida a los participantes.
- Explicación del propósito de la sesión final y agradecimiento por la participación.
- Generación de un clima de cierre respetuoso y reflexivo.

2) Evaluación final del estado emocional (Post test) Tiempo: 15–20 minutos

Actividad:

- Aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) como evaluación final.
- Explicación breve sobre la importancia de la evaluación para conocer los cambios obtenidos tras el taller.
- Aplicación individual del instrumento.

3) Repaso de contenidos aprendidos Tiempo: 15–20 minutos

- Revisión participativa de los principales temas trabajados durante el taller:
- Comprensión de la depresión en la vejez.
- Manejo emocional.
- Pensamientos y emociones.
- Activación conductual y autoestima.
- Apoyo social y autocuidado.
- Refuerzo de mensajes clave mediante diálogo grupal.

4) Espacio para compartir experiencias Tiempo: 10–15 minutos

- Los participantes comparten voluntariamente sus vivencias, aprendizajes y cambios percibidos.
- Reconocimiento del esfuerzo individual y grupal.

5) Cierre emocional y reconocimiento de participación Tiempo: 10 minutos

- Reflexión final sobre la importancia del cuidado de la salud mental.
- Reconocimiento de la participación activa de los asistentes.
- Entrega de constancias o palabras de agradecimiento (opcional).

Resultados esperados del taller comunitario

- Disminución de los síntomas depresivos en los participantes.
- Mayor conocimiento sobre la salud mental y la depresión en la adultez mayor.
- Mejora del bienestar emocional y social.
- Fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y comunitario.

Anexo N°07: Consentimento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reciba un cordial saludo a nombre de la Bachiller de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Annie Mía Wagner Mendoza, quien es responsable de este estudio de investigación.

El proyecto de investigación lleva por nombre **"IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER COMUNITARIO SOBRE MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE PUCALLPA 2026"**.

Se le invita a usted a participar por haber salido seleccionado(a) para la muestra de este estudio de investigación que permitirá implementar un taller comunitario enfocado en el manejo de la depresión, con el fin de mejorar la salud mental y la calidad de vida de los adultos mayores de Pucallpa.

Rellenar el cuestionario le tomará aproximadamente 15 minutos. El estudio es estrictamente voluntario y toda información se usará para propósitos de investigación y no sé incluirá su nombre en ningún reporte, publicaciones o cualquier futura divulgación. De no responder al cuestionario no habrá ninguna consecuencia negativa para usted.

En el caso de identificarse resultados compatibles con depresión moderada o grave en la evaluación aplicada, el participante será derivado al profesional de salud mental del establecimiento para su evaluación o seguimiento correspondiente, garantizando así una atención oportuna y protección de su bienestar.

Si usted desea mayor información sobre el estudio puede comunicarse al teléfono celular: 981 272 663 (La investigadora)

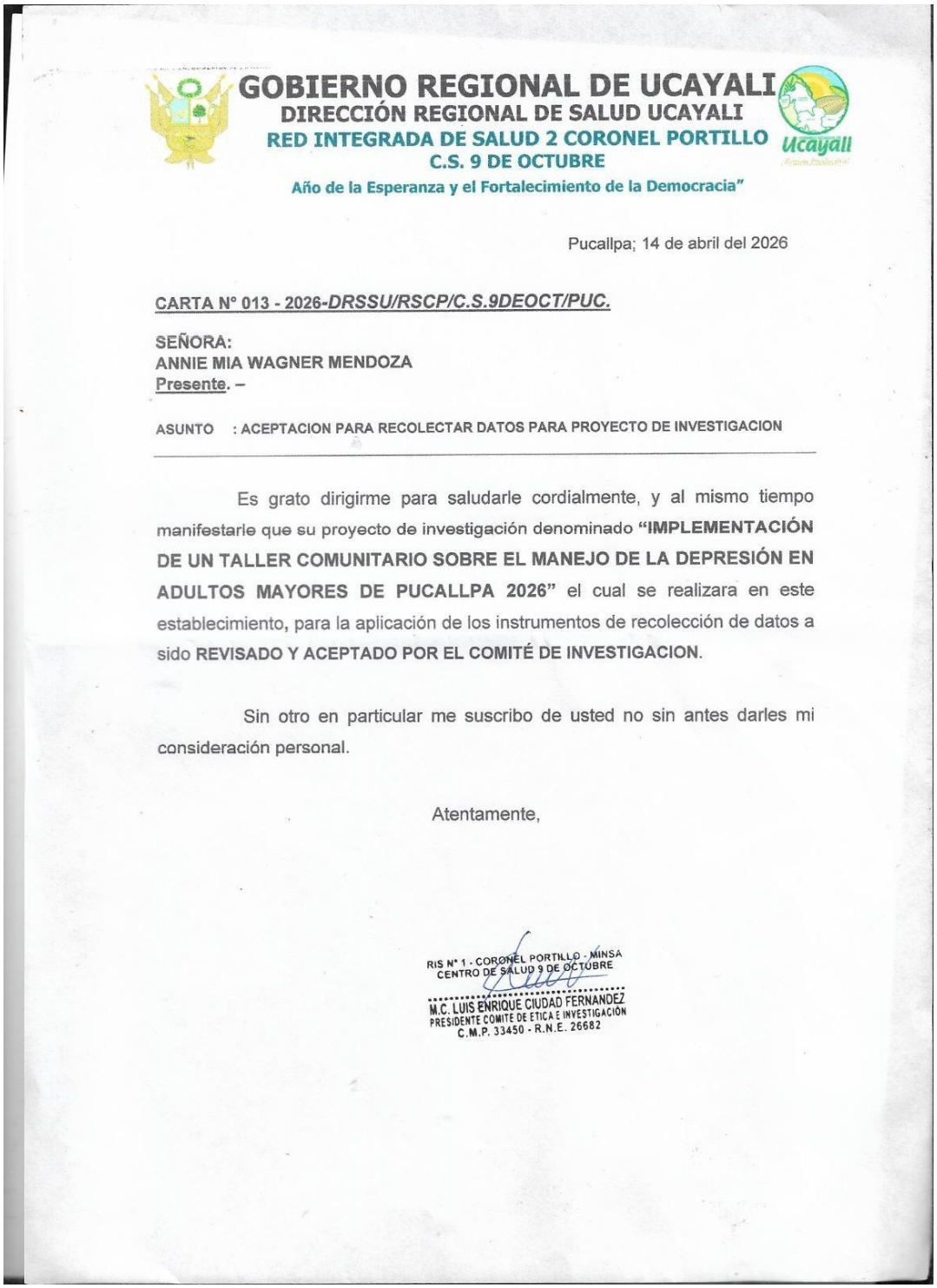
He entendido la explicación de la investigación y leí este documento, por lo que acepto voluntariamente participar en esta investigación, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque haya aceptado, puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que este afecte o contravenga alguna situación legal a futura hacia su persona ni de la investigadora.

Si acepto ( ) No acepto ( )

_____

Firma

Anexo N°08: Carta de aceptación



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI
RED INTEGRADA DE SALUD 2 CORONEL PORTILLO
C.S. 9 DE OCTUBRE
Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Pucallpa; 14 de abril del 2026

CARTA N° 013 - 2026-*DRSSU/RSCP/C.S.9DEOCT/PUC.*

SEÑORA:
ANNIE MIA WAGNER MENDOZA
Presente. –

ASUNTO : ACEPTACION PARA RECOLECTAR DATOS PARA PROYECTO DE INVESTIGACION

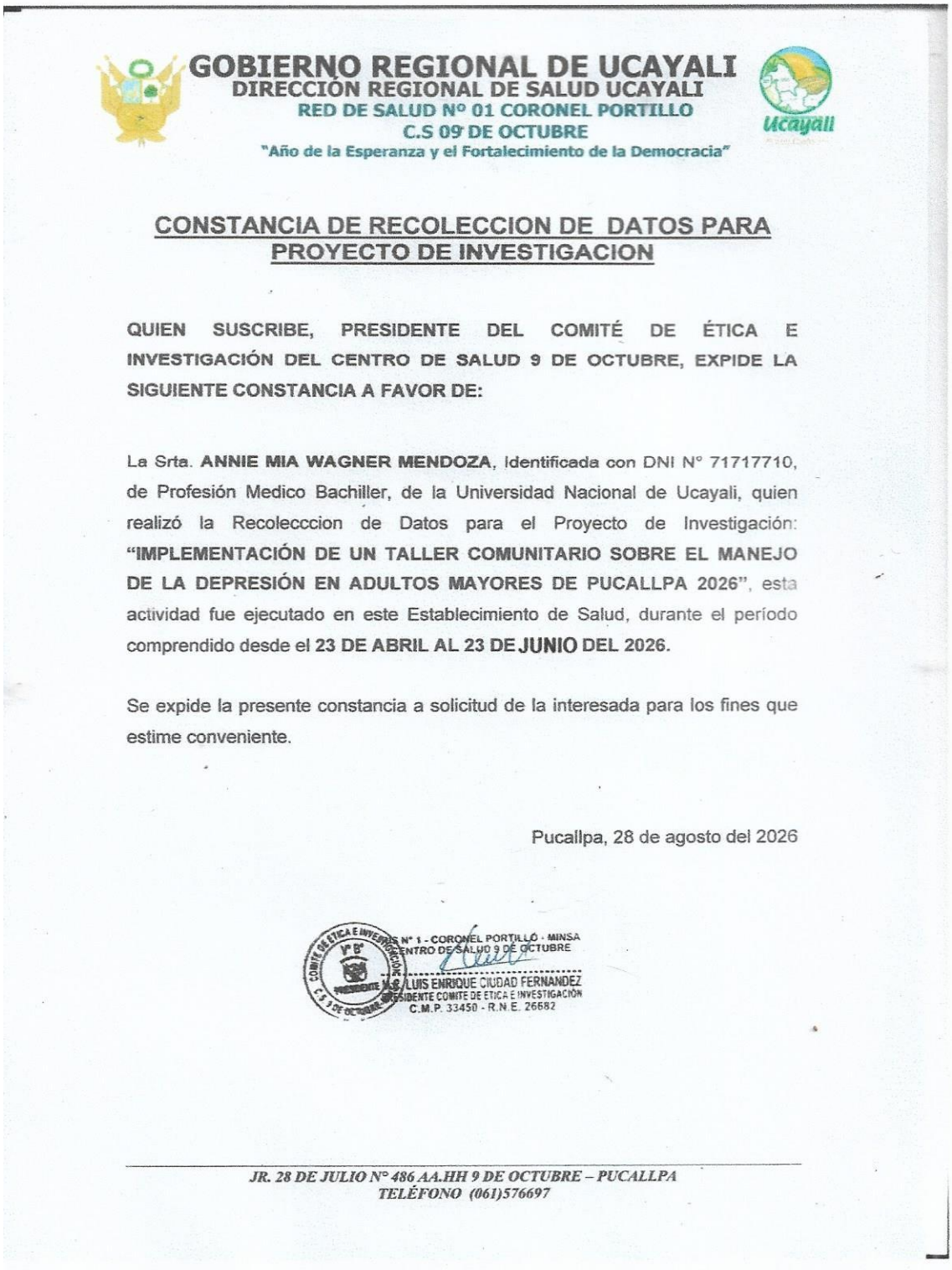
Es grato dirigirme para saludarle cordialmente, y al mismo tiempo manifestarle que su proyecto de investigación denominado **"IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER COMUNITARIO SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE PUCALLPA 2026"** el cual se realizara en este establecimiento, para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a sido **REVISADO Y ACEPTADO POR EL COMITÉ DE INVESTIGACION.**

Sin otro en particular me suscribo de usted no sin antes darles mi consideración personal.

Atentamente,

RIS N° 1 - CORONEL PORTILLO - MINSA
CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE
M.C. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ
PRESIDENTE COMITE DE ETICA E INVESTIGACIÓN
C.M.P. 33450 - R.N.E. 26682

Anexo N°09: Constancia de recolección de datos para proyecto de investigación



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI
RED DE SALUD Nº 01 CORONEL PORTILLO
C.S 09 DE OCTUBRE
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Ucayali

CONSTANCIA DE RECOLECCION DE DATOS PARA PROYECTO DE INVESTIGACION

QUIEN SUSCRIBE, PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, EXPIDE LA SIGUIENTE CONSTANCIA A FAVOR DE:

La Srta. **ANNIE MIA WAGNER MENDOZA**, Identificada con DNI N° 71717710, de Profesión Medico Bachiller, de la Universidad Nacional de Ucayali, quien realizó la Recolecccion de Datos para el Proyecto de Investigación: **"IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER COMUNITARIO SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE PUCALLPA 2026"**, esta actividad fue ejecutado en este Establecimiento de Salud, durante el período comprendido desde el **23 DE ABRIL AL 23 DE JUNIO DEL 2026.**

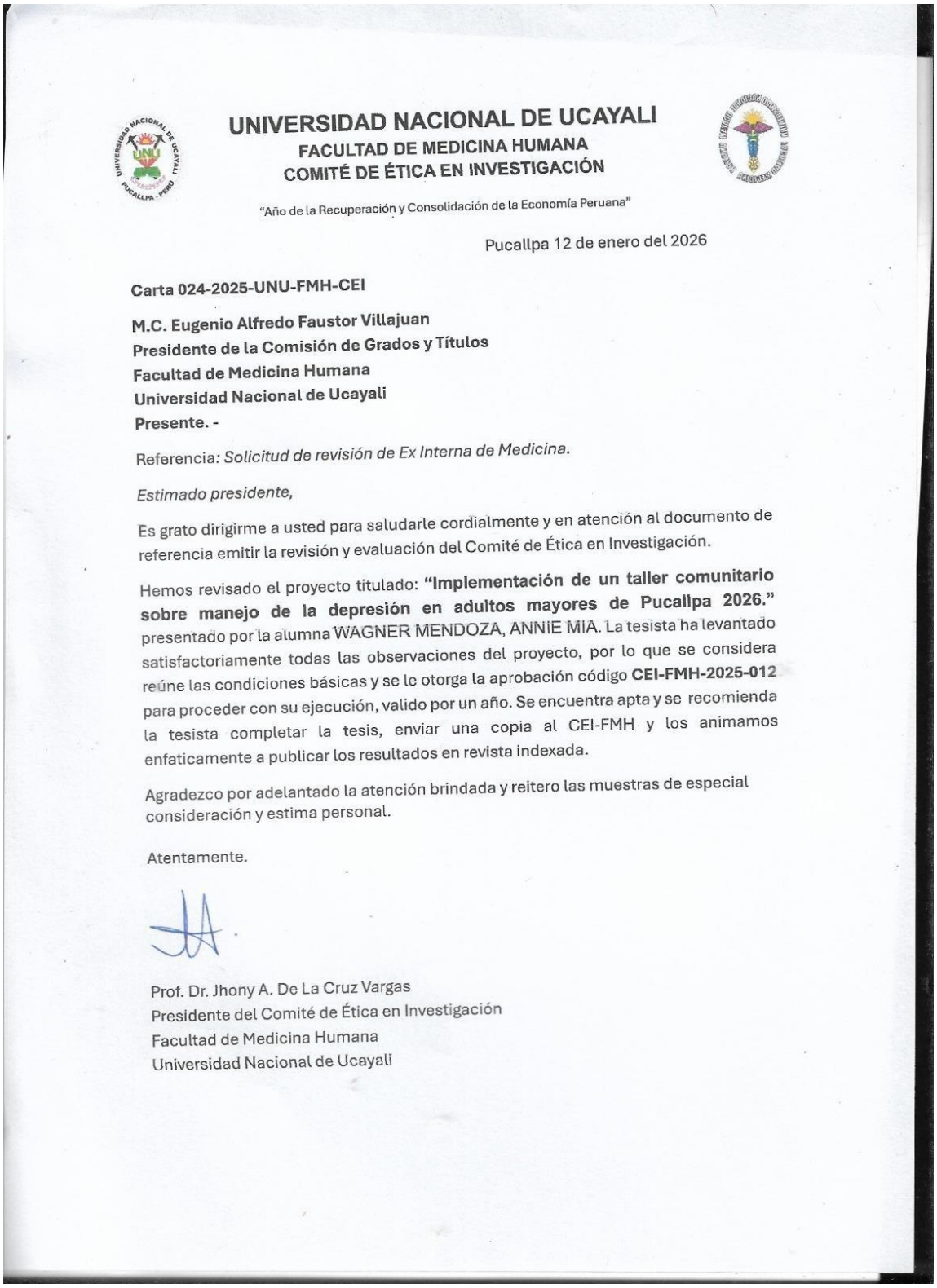
Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Pucallpa, 28 de agosto del 2026

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN N° 1 - CORONEL PORTILLO - MINSA
CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE
PRESIDENTE
M.C. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ
PRESIDENTE COMITE DE ETICA E INVESTIGACIÓN
C.M.P. 33450 - R.N.E. 26682

JR. 28 DE JULIO N° 486 AA.HH 9 DE OCTUBRE – PUCALLPA
TELÉFONO (061)576697

Anexo N°10: Aprobación de proyecto por el comité de ética



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Pucallpa 12 de enero del 2026

Carta 024-2025-UNU-FMH-CEI

M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Presidente de la Comisión de Grados y Títulos
Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional de Ucayali
Presente. -

Referencia: *Solicitud de revisión de Ex Interna de Medicina.*

Estimado presidente,

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y en atención al documento de referencia emitir la revisión y evaluación del Comité de Ética en Investigación.

Hemos revisado el proyecto titulado: **"Implementación de un taller comunitario sobre manejo de la depresión en adultos mayores de Pucallpa 2026."** presentado por la alumna WAGNER MENDOZA, ANNIE MIA. La tesista ha levantado satisfactoriamente todas las observaciones del proyecto, por lo que se considera reúne las condiciones básicas y se le otorga la aprobación código **CEI-FMH-2025-012** para proceder con su ejecución, valido por un año. Se encuentra apta y se recomienda la tesista completar la tesis, enviar una copia al CEI-FMH y los animamos enfaticamente a publicar los resultados en revista indexada.

Agradezco por adelantado la atención brindada y reitero las muestras de especial consideración y estima personal.

Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional de Ucayali

Anexo N°11: Proyecto de investigación aprobado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
Carretera Federico Basadre Km 6200 - Pucallpa - Ucayali

2026-045

ACTA DE APROBACION DE PROYECTO DE TESIS

En la Ciudad Universitaria, a los 10 dias del mes MARZO del 2026 siendo horas 13:23:10. Los miembros del Jurado, declaran APROBADO POR UNANIMIDAD el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS titulado:

IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER COMUNITARIO SOBRE MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE PUCALLPA 2026

Presentado por el(la) Bachiller:

ANNIE MIA WAGNER MENDOZA

De la Escuela Profesional de:

MEDICINA HUMANA

Siendo el Jurado Dictaminador, conformado por:

Presidente	: JHONY ALBERTO DE LA CRUZ VARGAS
Primer Miembro	: ANTONIO ALBERTO PEÑA TORRES
Segundo Miembro	: EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN
Asesor	: OSCAR MARCELINO CORNEJO CHAVEZ

Para dar fe de este proceso electrónico, el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Nacional de Ucayali - Pucallpa, mediante la Plataforma de Investigación se le asigna la presente acta y a partir de la presente fecha queda expedito para la ejecución de su PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS.

Pucallpa, MARZO de 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Prof. Dr. Jhony Alberto De La Cruz Vargas
PhD, MSc, MD
DECANO (E)

Anexo N°12: Evidencia fotográfica







