



Universidad **Mariana**

Implementación de una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico
en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, año 2024

Alex Ricardo Rebolledo Ortega
Anyelo Alexis Solarte Zamora
Angela Camila Zambrano Benavides

Universidad Mariana
Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Tecnología en Radiodiagnóstico y Radioterapia
San Juan de Pasto
2024

Implementación de una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico
en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, año 2024

Alex Ricardo Rebolledo Ortega
Anyelo Alexis Solarte Zamora
Angela Camila Zambrano Benavides

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Tecnólogos en
Radiodiagnóstico y Radioterapia

Asesor
Arturo Eraso Torres

Universidad Mariana
Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Tecnología en Radiodiagnóstico y Radioterapia
San Juan de Pasto
2024

Artículo 71: los conceptos, afirmaciones y opiniones emitidos en el Trabajo de Grado son responsabilidad única y exclusiva del (los) Educando (s)

Reglamento de Investigaciones y Publicaciones, 2007
Universidad Mariana

Agradecimientos

Con gran entusiasmo, manifestamos nuestros más profundo agradecimientos a la Universidad Mariana, una institución que nos recibió y nos brindó tanto la formación académica como los principios humanos que han sido clave para nuestro desarrollo personal y profesional. A lo largo de estos años, hemos tenido la oportunidad de adquirir conocimientos, madurar y fortalecer habilidades fundamentales para nuestro futuro. Nos sentimos profundamente agradecidos por los valores y el aprendizaje que hemos recibido en cada paso de este camino.

De igual forma, queremos destacar nuestra gratitud hacia el Programa de Tecnología en Radiodiagnóstico y Radioterapia, que ha sido nuestro entorno académico durante todo este tiempo. Gracias a este programa, no solo obtuvimos las competencias técnicas necesarias para desempeñarnos en esta profesión, sino que también desarrollamos un fuerte sentido ético y un compromiso profundo con la atención de los pacientes. A todos los que forman parte de este programa, les agradecemos por su constante apoyo y orientación.

Con especial gratitud, queremos reconocer a nuestro asesor de trabajo de grado, cuya orientación, vasto conocimiento y experiencia fueron una guía indispensable a lo largo de todo el proceso de desarrollo de este proyecto. Su constante disposición para aclarar nuestras dudas, sus valiosas críticas constructivas y su compromiso con nuestro crecimiento profesional han sido fundamentales para alcanzar el éxito en esta etapa. Su acompañamiento ha sido crucial, y sin su apoyo, este logro no habría sido posible.

Asimismo, dirigimos un sincero agradecimiento a los profesores, quienes han sido el pilar fundamental en nuestro proceso formativo. Cada uno de ellos ha dejado una huella importante en nuestra experiencia académica, no solo a través de sus enseñanzas, sino también con su ejemplo de dedicación, paciencia y profesionalismo. Apreciamos profundamente su esfuerzo incansable, su motivación constante para que diéramos lo mejor de nosotros y su disposición para ofrecer su apoyo en cada reto que se nos presentó.

Por último, deseamos expresar un agradecimiento muy especial a la comunidad indígena de Túquerres por abrirnos sus puertas y permitirnos sumergirnos en su rica cultura. Su participación y colaboración fueron esenciales para el exitoso desarrollo de nuestro proyecto, y valoro profundamente la confianza que depositaron en nuestro equipo. Asimismo, queremos extender un agradecimiento particular al gobernador de la comunidad, quien facilitó nuestro ingreso y nos brindó la oportunidad de trabajar en conjunto. Su apoyo ha sido fundamental en esta experiencia.

Alex Ricardo Rebolledo Ortega

Anyelo Alexis Solarte Zamora

Angela Camila Zambrano Benavides

Dedicatoria

A Dios, con humildad, por darme el don de la vida y la fortaleza para enfrentar y vencer cada reto que se me ha presentado. Porque gracias a ti, fortalecí mi espíritu con responsabilidad para encaminarme con pasos firmes por el camino correcto de la superación.

A mi madre, por su inmensa e inquebrantable fe en mí que me ha alentado día a día a alcanzar mis metas. Por ser el pilar de esperanza y amor incondicional en quien diariamente me apoyo para continuar. Por enseñarme siempre a valorar las pequeñas cosas y a disfrutar de ellas. Por ser mi guía y mi faro en situaciones adversas. Porque ella es la persona en quien siempre puedo confiar y con la que siempre puedo contar.

A mis hermanas, por su amor de siempre, por comprenderme y aceptarme, por compartir tantos momentos de la vida que nos fortalecieron como la familia grandiosa que somos.

A mis profesores, quienes con paciencia y gran experticia compartieron no solo sus conocimientos sino su don de gentes enriqueciendo nuestra formación de manera integral. Porque a través de su experiencia y sabiduría nos llevaron por un proceso de aprendizaje crítico que fortaleció nuestro conocimiento de una manera más humana y resiliente. Por llevarnos al límite haciendo que cada día creamos más en nuestras capacidades.

A Erika, por caminar a mi lado con un amor incondicional, manifestado en apoyo, confianza y respeto. Por creer siempre en mí y alentarme a continuar. Por ser luz en la oscuridad de los contratiempos y desafíos. Porque es mi complemento y la mujer que amo.

Alex R.

En primer lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios, quien ha sido mi guía constante desde el inicio de este camino. Te agradezco por brindarme serenidad en los momentos de incertidumbre, así como claridad y fortaleza en cada paso que he dado. A Ti, Dios todopoderoso, ofrezco cada uno de los logros que he alcanzado.

A mis padres, que han sido pilares fundamentales en mi desarrollo personal y profesional, les estoy inmensamente agradecido. Su amor incondicional y comprensión me han enseñado a perseverar, incluso en los momentos más difíciles. Valoro profundamente sus esfuerzos incansables para brindarme un futuro mejor y la sabiduría que siempre llevo conmigo. La confianza que han depositado en mí es un faro que me guía y un ejemplo que siempre seguiré. Las palabras nunca serán suficientes para expresar mi gratitud por todo el amor y apoyo que me han brindado a lo largo de mi vida.

A mi hermana, que ha sido una figura clave en mi formación, quiero dedicar un agradecimiento especial. Eres un verdadero ejemplo de superación y dedicación. Desde mi infancia, has sido mi confidente y apoyo incondicional en los momentos difíciles. Gracias por enseñarme que todo es posible, por tu amor inquebrantable y por ser ese refugio en los días más oscuros.

A mi sobrina, a quien considero como una hija y que representa la luz de nuestro hogar, le agradezco infinitamente. Gracias por ser el lazo que mantiene unida a nuestra familia, por escucharme y brindarme tu apoyo en los momentos complicados, y por ser esa chispa que me inspira a levantarme con más fuerza cada día. Tu presencia es el motor que impulsa nuestras vidas y nos llena de alegría.

A mis profesores, quienes, con su vasta sabiduría, dedicación y pasión por la enseñanza, me han guiado y acompañado a lo largo de este recorrido. Estoy profundamente agradecido por compartir su conocimiento y experiencia, por motivarme a pensar críticamente y a superar mis propios límites. Les agradezco por su paciencia, sus valiosos consejos y por haber creído en mi potencial. Este logro también les pertenece, y siempre llevaré conmigo todo lo que me han impartido.

Anyelo S.

A Dios y a la virgen de Guadalupe que me ayudaron y nunca me desampararon en esta etapa de mi vida dándome sabiduría, fuerzas y resiliencia en cada paso de mi desarrollo profesional, fueron la luz y la guía durante este proceso.

A mis abuelos Carmen y Wilmer quienes han sido el motor y ayuda de este logro, gracias por su amor incondicional, esfuerzo, sacrificio y apoyo, además me han inculcado sus valores para ser la mujer que me he convertido, gracias a ustedes he logrado cumplir una de mis metas con responsabilidad y perseverancia que han sido esenciales en mi camino hacia el éxito.

A mi mamá quien ha sido la compañera de mi vida, la persona que nunca me ha dejado sola y la que siempre estuvo desde el primer día conmigo apoyándome dándome ánimos y sus palabras de aliento, gracias mamá por ese amor infinito que me tienes tu fuiste mi mayor inspiración durante todo este proceso. ¡Mamá lo logramos!

A mi papá Carlos por su apoyo, consejos y dedicación, por estar siempre presente durante este proceso, no fue fácil, pero con sacrificio se puede lograr, gracias por tener confianza en mí.

A mis hermanos Diana y Santiago, por estar siempre presente en este proceso, me hicieron saber que sentía orgullo por su hermana mayor, ustedes son una de mis mayores motivaciones en mi vida, gracias por confiar en mí.

A ti Luis, que hemos caminado de la mano juntos gracias por ese apoyo incondicional en mis momentos más débiles y difíciles, tu amor, tus palabras y tus abrazos me hicieron sentir en este arduo camino que podía contar contigo en todo momento, tú me hiciste creer en mí y en mis capacidades.

A mi padrastro que siempre ha estado presente en los momentos más significativos en mi vida, gracias porque así sea que no nos una la sangre nos une un lazo de amor.

A mis compañeros de trabajo de grado quienes con compromiso responsabilidad y compañerismo, logramos sacar adelante este proyecto, no fue nada fácil, pero supimos entendernos y dar lo mejor de nosotros para obtener buenos resultados.

Camila Z.

Contenido

Introducción	15
1. Resumen del proyecto	17
1.1 Descripción del problema	17
1.1.1 Formulación del problema	18
1.2 Justificación.....	18
1.3 Objetivos.....	19
1.3.1 Objetivo general.....	19
1.3.2 Objetivos específicos	20
1.3.3 Alcances y limitaciones	20
1.4 Marco referencial o fundamentos teóricos.....	22
1.4.1 Antecedentes.....	22
1.4.2 Marco teórico.....	31
1.4.3 Marco conceptual.....	45
1.4.4 Marco contextual	49
1.4.5 Marco legal	52
1.4.6 Marco ético	55
1.5 Metodología.....	57
1.5.1 Paradigma de investigación	57
1.5.2 Enfoque de investigación.....	58
1.5.3 Tipo de investigación.....	59
1.5.4 Población y muestra / Unidad de trabajo y unidad de análisis	59
1.5.5 Técnica e instrumentos de recolección de información.....	61
2. Presentación de resultados	66
2.1. Análisis e interpretación de resultados	66
2.1.1 Análisis del primer objetivo.....	66

2.1.2 Análisis del segundo objetivo	80
2.1.3 Análisis tercer objetivo	87
3. Discusión	93
4. Conclusiones	97
5. Recomendaciones	98
Referencias	99
Anexos.....	105

Índice de Tablas

Tabla 1 Operacionalización de variables	63
Tabla 2 ¿Sabe usted qué es el cáncer?	67
Tabla 3 Si la respuesta anterior fue afirmativa, responda ¿qué es el cáncer?	67
Tabla 4 ¿Conoce usted acerca del cáncer gástrico?	68
Tabla 5 ¿Conoce usted acerca de la bacteria <i>Helicobacter pylori</i> ?	68
Tabla 6 Si la anterior respuesta fue afirmativa, responda para usted ¿qué es para usted la bacteria <i>Helicobacter pylori</i> ?	69
Tabla 7 ¿Conoce ud acerca de los principales factores de riesgo para contraer cáncer gástrico?	69
Tabla 8 Si la respuesta anterior fue afirmativa, responda ¿cuáles son los principales factores de riesgo?	70
Tabla 9 ¿Cuál de los siguientes cree ud que es un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?	71
Tabla 10 ¿Tiene antecedentes familiares con cáncer gástrico?	71
Tabla 11 ¿Has sido diagnosticado/a previamente con enfermedades gástricas, como la gastritis crónica o la úlcera gástrica?	72
Tabla 12 ¿Considera ud que los estilos de vida influyen en la presencia del cáncer gástrico?	72
Tabla 13 ¿Saber si el cáncer gástrico tiene una tendencia genética o hereditaria?	73
Tabla 14 ¿Fuma tabaco?	73
Tabla 15 ¿Practica ejercicio físico?	73
Tabla 16 ¿Lleva una dieta saludable?	74
Tabla 17 ¿Conoce ud acerca de los síntomas principales que puede causar el cáncer gástrico?	74
Tabla 18 Si la respuesta anterior fue afirmativa, responda ¿cuáles son los síntomas principales del cáncer gástrico?	75
Tabla 19 ¿Conoce ud acerca de los métodos de diagnóstico del cáncer gástrico?	75
Tabla 20 ¿Considera ud que el cáncer gástrico es curable?	76
Tabla 21 ¿Conoce ud qué tratamientos se usan para erradicar el cáncer gástrico?	76

Tabla 22 <i>Si la anterior respuesta fue afirmativa, responda ¿qué tratamientos conoce ud para curar el cáncer gástrico?</i>	76
Tabla 23 <i>¿Cuál de las siguientes prácticas se considera una medida de prevención primaria del cáncer gástrico?</i>	77
Tabla 24 <i>¿Has participado alguna vez en programas de concientización o has recibido información sobre la prevención del cáncer gástrico?</i>	77
Tabla 25 <i>¿Anteriormente en su resguardo se han desarrollado campañas de promoción y mantenimiento para la prevención del cáncer gástrico?</i>	78
Tabla 26 <i>¿Considera ud que está bien informado acerca del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer gástrico?</i>	78
Tabla 27 <i>¿Considera importante la participación en programas de concientización y educación sobre la prevención del cáncer gástrico?</i>	79
Tabla 28 <i>¿Le interesaría a ud obtener información acerca del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer gástrico?</i>	79
Tabla 29 <i>Qué es el cáncer?</i>	88
Tabla 30 <i>¿Qué es la bacteria helicobacter pylori?</i>	88
Tabla 31 <i>¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?</i>	89
Tabla 32 <i>¿Tener antecedentes familiares e un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?</i>	89
Tabla 33 <i>Los estilos de vida influyen en el desarrollo del cáncer gástrico?</i>	90
Tabla 34 <i>¿El cáncer gástrico tiene una tendencia genética o hereditaria?</i>	90
Tabla 35 <i>¿Cuáles son los síntomas principales del cáncer gástrico?</i>	91
Tabla 36 <i>¿Conoce ud acerca de los métodos diagnósticos de cáncer gástrico?</i>	91

Índice de Figuras

Figura 1 Anatomía del estómago	32
Figura 2 Regiones del cáncer gástrico en Nariño.....	37
Figura 3 Ubicación geográfica del departamento de Nariño.....	50
Figura 4 Ubicación geográfica del municipio de Túquerres	51
Figura 5 Campaña de promoción y mantenimiento de la salud de cáncer gástrico en resguardo indígena del municipio de Túquerres Nariño	83
Figura 6 Campaña de promoción y mantenimiento de la salud de cáncer gástrico en resguardo indígena del municipio de Túquerres Nariño	84
Figura 7 Diseño audiovisual.....	85
Figura 8 Folleto informativo ¿Qué es el cáncer gástrico?.....	86
Figura 9 Folleto informativo Principales causas del cáncer gástrico	87

Índice de Anexos

Anexo A Consentimiento informado.....	105
Anexo B Formato de Encuesta	109

Introducción

El cáncer gástrico (CG), es una enfermedad multifactorial en la que intervienen diversas causas tanto individuales como ambientales, representadas fundamentalmente por el excesivo consumo de sal, tabaquismo, menor ingestión de verduras y frutas, y el factor principal, la presencia de infección por *Helicobacter pylori*. Actualmente hay suficiente evidencia de que por lo menos el 90 % de los CG de tipo intestinal, están etiológicamente relacionados con *Helicobacter pylori* y que la erradicación de este microorganismo disminuye el riesgo de cáncer gástrico (Bedoya et al., 2020, p. 571).

De igual manera, “El cáncer gástrico corresponde a la formación de células cancerígenas en el revestimiento del estómago” (Cárdenas et al., 2021, p. 340). Suele surgir de una gastritis o inflamación crónica subyacente que presenta hipoclorhidia, generalmente provocada por *Helicobacter pylori*. Ante un estímulo lesivo, el epitelio normal del estómago desarrolla gastritis crónica atrófica que evoluciona a metaplasia y posteriormente a lesiones displásicas (Rojas y Montagné, 2019, p. 22).

Existen muchos factores de riesgo conocidos para el cáncer gástrico, pero no se sabe con exactitud cómo estos factores hacen que las células de la mucosa del estómago se transformen en células cancerosas. Puede ser evitado en gran parte con interrupciones de control y protección frente a los diferentes factores de riesgo como: la dieta, el alto consumo de sal y comidas preservadas con ella (carnes rojas procesadas o ahumadas) potencian la colonización por *Helicobacter pylori* ya que provocan cambios en la mucosa que se expone a componentes nitrosos y se desencadena una respuesta inflamatoria que aumenta la proliferación celular y probabilidad de adquirir mutaciones. Por otro lado, una dieta rica en fibra, con mayor ingesta de frutas y verduras puede considerarse un factor protector. Además, el tabaco se ha asociado a un aumento del riesgo entre 11% y 18% de los casos que están asociados al cigarrillo, sobre todo en cuerpo y antro del estómago, mientras que la obesidad y reflujo gastroesofágico crónico parecen estar más implicados en alteraciones del cardias (Jiménez et al., 2019, p. 293).

Así mismo, el cáncer gástrico es una enfermedad con relevancia mundial. Actualmente, es conocida como la cuarta neoplasia más frecuente a nivel mundial la segunda causa de muerte en hombres y la tercera en mujeres. A pesar de la disminución en la incidencia y mortalidad, permanece como una patología de afectación global, con mayor prevalencia en Asia, Latinoamérica y Europa central y oriental (Salas et al., 2020, p. 457).

En Colombia, según los datos de Globocan 2018, se estima que ocurren 7.419 casos nuevos de cáncer al año, lo que lo posiciona como el tercer tipo de cáncer más frecuente (7.3%) y la principal causa de muerte por esta enfermedad, con 5.505 fallecimientos anuales (13.7%). Colombia tiene una tasa media de mortalidad por CG cercana a 11.5 por cada 100.000 habitantes, pero posee cifras más altas en el área andina (Oliveros et al., 2022, p. 40).

El cáncer gástrico en el departamento de Nariño se ha constituido en un problema de salud pública, por su alta incidencia y elevada tasa de mortalidad; con una población de 1.775.973 habitantes, conformado por 64 municipios, 55 de ellos se encuentran en la zona andina, lo que representa el 81,7% de la población total nariñense reconocida en la literatura médica como una área de alto riesgo de cáncer gástrico, con una población susceptible de sufrirlo de 650.046 habitantes con edades entre 30 y 70 años (Bedoya et al., 2020, p. 8).

Por lo anterior, la presente investigación busca implementar una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, pero también pretende recopilar el nivel de conocimiento que tienen las personas pertenecientes al Resguardo acerca del cáncer gástrico con relación a sus factores de riesgo, síntomas, tratamiento y diagnóstico temprano; con el fin de apoyar la labor que ejercen las instituciones de salud que de alguna manera buscan disminuir el impacto del cáncer gástrico en la comunidad.

1. Resumen del proyecto

1.1 Descripción del problema

El cáncer gástrico (CG) es un problema de salud pública. Cada año, en el mundo se presentan más de un millón de casos nuevos y mueren cerca de 850.000 personas, siendo considerado el quinto más frecuentemente diagnosticado y la tercera causa de mortalidad por cáncer. (Oliveros et al, 2022, p. 40). Datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para Colombia, muestran 8.214 casos nuevos y 6.451 defunciones asociados a esta patología en el año 2020. (OMS, 2020)

Así mismo, esta neoplasia conlleva un gran impacto social a nivel mundial ya que solo se identifica un componente hereditario en aproximadamente el 1-3% de los casos, lo que sugiere que su causa principal es predominantemente ambiental. (Rojas y Montagné, 2019, p. 22).

De igual manera, a pesar de que las comunidades indígenas pueden tener acceso a una Entidad Promotora de Salud (EPS) o algún sistema de atención médica, es preocupante observar la falta de planes integrales de educación enfocados en la promoción y mantenimiento de la salud dentro de estas poblaciones, teniendo en cuenta que las EPS se centran en brindar atención medica curativa dejando de lado estrategias fundamentales de prevención y autocuidado, por lo tanto la ausencia de programas educativos adecuados limita la capacidad de las comunidades indígenas para comprender y abordar los factores determinantes de su salud, presentando una calidad de vida reducida reflejada en mayor morbilidad y mortalidad, entendida como la baja protección frente a daños potenciales de su salud, por consiguiente, es esencial implementar programas de educación culturalmente sensibles y accesibles que aborden específicamente el cáncer gástrico, con el fin de aumentar la conciencia, fomentar la prevención y mejorar los resultados de salud en estas comunidades vulnerables. (Alcaldía de Túquerres, 2023).

En este contexto esta investigación pretende implementar una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, puesto que, en Nariño el cáncer gástrico se ha constituido en un problema de salud

pública por su alta incidencia y elevada tasa de mortalidad, siendo Túquerres una zona roja con una alta incidencia de esta enfermedad (Bedoya et al., 2018, p. 346), lo que hace prevalente que esto se convierta en un tema de investigación en salud, y que pueda dar origen a que se desarrollen estudios los cuales contribuyan al análisis de este tipo de problemáticas, y con ello disminuir y concientizar a las personas pertenecientes al Resguardo Indígena.

1.1.1 Formulación del problema

¿De qué manera afecta la implementación de una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico a la concientización, prevención y adopción de prácticas saludables entre los habitantes indígenas del Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, año 2024?

1.2 Justificación

Fomentar la práctica del autocuidado en las comunidades es fundamental para salvaguardar a los individuos y direccionar sus necesidades hacia la búsqueda constante de una mejor calidad de vida. Se ha constatado que el cáncer gástrico está en ascenso a nivel global, por lo tanto, se han implementado diversas acciones correctivas con el fin de disminuir su impacto en la sociedad.

En Colombia, una de las medidas implementadas es el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo, el cual se centra en la ejecución de programas para fomentar y conservar la salud, sustentado en su capacidad para generar efectos positivos tanto a nivel individual como colectivo. Este modelo, más allá de su enfoque en la prevención de enfermedades, tiene como objetivo educar a la población sobre la importancia de adoptar prácticas de vida saludable, lo que contribuye de manera significativa al bienestar general y busca impactar positivamente en la calidad de vida de las personas. (Ministerio de salud, 2022, p. 12-15).

Del mismo modo, los programas de promoción y mantenimiento dirigidos a las poblaciones indígenas tienen como objetivo mejorar la salud y el bienestar de estas comunidades mediante la participación del personal sanitario. Esto implica fortalecer los procesos de autonomía y las formas de organización propias, al tiempo que se respeta sus culturas e identidades colectivas. El propósito

es garantizar un acceso efectivo a los servicios de salud, saneamiento y seguridad social, con la finalidad de prevenir y reducir el riesgo de propagación de enfermedades dentro de la comunidad estudiada. Además, se busca promover el éxito académico y el desarrollo humano integral de las comunidades étnicas a través de una educación intercultural y relevante.

En este sentido, es importante realizar análisis que identifiquen problemas individuales derivados de los factores de riesgo mencionados anteriormente con el fin de designar un punto de partida para el desarrollo de estrategias de prevención y manejo del cáncer gástrico generado por la incidencia de factores de riesgo en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, proporcionando información verás no solo al Resguardo Indígena sino también a la comunidad en general, con la finalidad de modificar el conocimiento y la conducta global de las personas en relación con el tema objeto de estudio (Ase y Buriyovich, 2009, p. 28-30).

Además, el análisis de temas que afectan directamente la práctica de la salud pública, como las estrategias para promover y mantener factores de riesgo esenciales, debería ser de interés para todos los profesionales de la salud. A través de actividades educativas, los estudiantes de la tecnología en Radiodiagnóstico y Radioterapia de la Universidad Mariana podrán cumplir con sus responsabilidades sociales, orientando su labor hacia la movilización social, promoviendo el bienestar y la calidad de vida de la comunidad. Al mismo tiempo, se transformarán en defensores de los derechos humanos, protegiendo el derecho a la salud en un contexto social y ético.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Llevar a cabo una campaña para la promoción y mantenimiento de la salud en relación con el cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres durante el año 2024, con el propósito de fomentar la concientización, la prevención y la adopción de prácticas saludables entre los habitantes indígenas, contribuyendo así a reducir la incidencia y mejorar el manejo de esta enfermedad en la comunidad.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen los habitantes del Resguardo indígena acerca del cáncer gástrico, los principales factores de riesgo y aspectos relacionados con la prevención primaria.
- Realizar una estrategia educativa encaminada a la prevención del cáncer gástrico dirigida a la población objeto de estudio.
- Evaluar la apropiación social del conocimiento de los habitantes del resguardo indígena respecto a la estrategia educativa realizada.

1.3.3 Alcances y limitaciones

1.3.3.1 Alcances. La presente investigación implementará una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena creando una propuesta educativa con estrategias lúdicas y pedagógicas, con el fin de sensibilizar únicamente a las personas pertenecientes al Resguardo Indígena del municipio de Túquerres.

De igual manera, se pretende que las personas pertenecientes al Resguardo Indígena que adquieran conocimiento y reciban información se encuentren entre 20 y 60 años de edad, dado que este estudio busca que los participantes obtengan mayor autonomía en la promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico cambiando las condiciones de vida que pueden impactar negativamente la salud.

1.3.3.2 Limitaciones. Realizar un estudio sobre el cáncer gástrico en una comunidad indígena puede enfrentar diversas limitaciones:

1. Barreras culturales y lingüísticas: Las creencias tradicionales y los conceptos de salud y enfermedad en las comunidades indígenas pueden diferir de los enfoques biomédicos convencionales, lo que dificulta la aceptación de estudios médicos. La falta de conocimiento de las lenguas indígenas o la falta de intérpretes calificados puede limitar la comunicación efectiva entre los investigadores y la comunidad.

2. Desconfianza hacia la investigación externa: Muchas comunidades indígenas tienen una historia de explotación y desconfianza hacia las intervenciones de investigadores externos, especialmente si han experimentado proyectos anteriores que no respetaron su cultura o no generaron beneficios tangibles. Ganar su confianza requiere tiempo y un enfoque respetuoso y colaborativo.

3. Acceso y logística: Las comunidades indígenas suelen ubicarse en áreas remotas con infraestructura limitada, lo que dificulta el acceso a servicios médicos y recursos para la investigación, como equipos de diagnóstico, transporte de muestras y suministro de medicamentos.

4. Limitaciones en recursos y personal de salud: En muchas zonas indígenas, los recursos para la atención de la salud son escasos, y puede no haber personal médico capacitado para identificar o tratar el cáncer gástrico. Esto limita la capacidad para realizar un diagnóstico temprano y un seguimiento adecuado.

5. Aspectos éticos y consentimiento informado: Es crucial asegurar que los participantes comprendan completamente el propósito del estudio y sus implicaciones. Los conceptos de consentimiento informado deben adaptarse culturalmente y respetar las normas de la comunidad, incluyendo posiblemente a los líderes o consejos comunales en el proceso.

6. Variabilidad en la dieta y factores ambientales: Los estudios en comunidades indígenas deben considerar el impacto de la dieta tradicional y otros factores ambientales únicos, ya que pueden influir significativamente en la prevalencia del cáncer gástrico y otros problemas de salud.

7. Sistemas de registro y datos limitados: La falta de datos históricos o registros de salud en estas comunidades hace difícil establecer antecedentes médicos o estadísticas confiables sobre la incidencia y evolución del cáncer gástrico.

8. Desafíos en la adaptación de metodologías de investigación: Las metodologías convencionales podrían no ser adecuadas o aceptadas en estas comunidades, por lo que los investigadores deben adaptarlas para respetar la cosmovisión y prácticas locales.

Para superar estas limitaciones, es fundamental que el estudio sea colaborativo, que integre a miembros de la comunidad en la planificación y ejecución, y que los resultados y beneficios sean compartidos de forma justa y respetuosa.

1.4 Marco referencial o fundamentos teóricos

1.4.1 Antecedentes

Siguiendo como base los lineamientos de que la promoción y mantenimiento de la salud (acciones, procedimientos e intervenciones integrales ya sea intersectoriales y sectoriales que tienen como objetivo principal promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades encaminado a la prevención, diagnóstico, tratamiento del cáncer gástrico, así como las acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud) se hace importante un estudio que permita desarrollar campañas de promoción y mantenimiento de la salud teniendo como eje principal el cáncer gástrico, que se ha convertido en una de las patologías de mayor importancia y con más altos índices de presencia en el departamento de Nariño.

Numerosas comunidades en Colombia y a nivel global aún tienen un marcado desconocimiento sobre los aspectos que involucra esta patología, incluyendo los riesgos, su curso natural, las intervenciones y el seguimiento necesario. En respuesta a esta falta de comprensión, en los últimos años se han realizado varias investigaciones dedicadas a resolver estas dudas. Algunas de estas investigaciones se mencionan a continuación para destacar la importancia de este estudio.

1.4.1.1 Internacionales. Cotrina (2017), determinó los conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico, con el propósito de brindar información actualizada a la institución de salud y al personal de enfermería acerca del nivel de conocimientos de cáncer gástrico y las prácticas de prevención que tienen los alumnos de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Filial Huánuco. Los autores realizaron un estudio de tipo no experimental, de nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal en el cual se incluyeron población Se encuestó a 70 estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería en las aulas durante los turnos de mañana y tarde en mayo de 2017. La técnica empleada fue la encuesta, utilizando un

cuestionario como instrumento. Entre los principales hallazgos obtenidos por la autora, Se encontró que, de los 70 alumnos entrevistados, el 78.6% (55) tenía un conocimiento considerado "Bueno" sobre la prevención del cáncer gástrico, el 20.0% (14) presentó un conocimiento "Regular", y solo el 1.4% (1) mostró un conocimiento "Deficiente". La autora sugiere la implementación de programas de promoción y prevención centrados en los factores de riesgo asociados al cáncer, abarcando todas las edades desde la infancia hasta la adultez, con el propósito de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con esta enfermedad. Estos programas deben incluir estrategias educativas para fomentar la salud, enfocadas en prevenir la enfermedad mediante el control de los principales factores de riesgo modificables, como la práctica regular de actividad física y el consumo adecuado de alimentos como frutas y verduras, así como la limitación de la ingesta de alimentos ricos en nitratos, grasas saturadas y grasas trans.

Berrospi (2018), determinó los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte en Lima- Perú. Implementando Un estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo que incluyó una muestra de 321 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó una técnica de recolección de datos mediante encuestas, utilizando como instrumentos el test de conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico y el de Graffar. Como resultados la autora plantea que el 62% de la población encuestada obtuvo un nivel de conocimiento medio, 37% fue alto y 1% fue bajo, además determinó que existe asociación significativa entre no tener ocupación, no contar con acceso a internet y pertenecer a un estrato socioeconómico IV y V con poseer un nivel de conocimiento medio y bajo respecto a la patología.

Por otro lado, Espinoza (2018), sistematizó las evidencias sobre la efectividad de la erradicación del *Helicobacter pylori* en la prevención del cáncer gástrico en pacientes adultos en Lima Perú. A través de una revisión sistemática observacional y retrospectiva. La revisión bibliográfica incluyó 10 artículos científicos en idioma español e inglés, con una antigüedad no mayor de 10 años. . . En un estudio que incluyó a 5.552 personas, se identificó que el cáncer gástrico se desarrolló en 55 pacientes (2,41%) de los 2.278 a quienes se les erradicó el *Helicobacter pylori*, en comparación con 96 casos (4,22%) entre los 2.272 pacientes que no recibieron el tratamiento de erradicación. El riesgo relativo (RR) fue de 0,57 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,42-0,79). Además, en la

prevención del cáncer gástrico posterior, la erradicación del *H. pylori* mostró ser más efectiva que el placebo o la falta de tratamiento, según 6 ensayos con un total de 6.497 participantes, con un RR de 0,66 (IC del 95%: 0,46-0,95; pruebas de calidad moderada). No obstante, el efecto sobre la prevención de la mortalidad por cáncer gástrico fue menos claro debido a los amplios intervalos de confianza (3 ensayos con 4.475 participantes, RR de 0,67; IC del 95%: 0,40-1,11; pruebas de calidad moderada). Se compararon los efectos del tratamiento entre los grupos en los que el *H. pylori* fue erradicado con éxito y aquellos en los que la bacteria persistió. La erradicación exitosa se asoció con una disminución significativa en la aparición de lesiones metacrónicas después de la resección endoscópica, con un odds ratio (OR = 0,468; IC del 95%: 0,326- 0,673; $p < 0,001$). Esto indica que la erradicación del *H. pylori* tiene un efecto protector contra el desarrollo de lesiones metacrónicas, lo que subraya la importancia de un tratamiento exitoso para prevenir este tipo de lesiones tras la resección endoscópica del cáncer gástrico.

En base a una revisión sistemática de 10 estudios obtenidos de las bases de datos Scielo, Cochrane, PubMed y Lilacs, los autores concluyen que la erradicación del *Helicobacter pylori* es eficaz en la prevención del cáncer gástrico en adultos. De estos estudios, el 60% proviene de países como Colombia, Inglaterra, España, China, Estados Unidos e Italia, y corresponden a revisiones sistemáticas, mientras que el 30% son estudios experimentales realizados en Canadá, China y Estados Unidos. Japón aportó un 10% con estudios de caso y control. Estos 10 artículos, analizados de forma sistemática, confirman la efectividad de la erradicación del *Helicobacter pylori* en la prevención del cáncer gástrico en la población adulta.

Por su parte, Olano (2018), determinó el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca-Perú en el año 2018 basándose en un estudio descriptivo transversal que tomó como muestra 118 alumnos de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión propuestos. La recolección de datos se hizo a través de un cuestionario validado por Cutipa K en el año 2010. De acuerdo con los hallazgos, se evidenció que el 91% de los participantes son mujeres, mientras que el 9% restante son hombres. Respecto a la distribución por edades, el 71% se encuentra en el rango de 15 a 20 años, el 27% en el rango de 21 a 25 años, y solo el 2% está comprendido entre los 26 y 30 años. En relación con el nivel de conocimientos

sobre prevención de cáncer gástrico, el 67% de los participantes, alcanzó un nivel de conocimiento medio, 25% alto y 8 % un nivel de conocimiento bajo. En lo que respecta al conocimiento sobre el cáncer gástrico considerando factores genéticos, se observó que el 64% posee un nivel medio de conocimiento, El 26% tiene un nivel alto de conocimiento, mientras que el 10% restante presenta un nivel bajo. En lo que respecta a los factores medioambientales, el 93% muestra un nivel medio de conocimiento, el 5% un nivel alto y el 2% un nivel bajo. En relación a los factores biológicos, el 45% muestra un nivel alto de conocimiento, otro 45% tiene un nivel medio y el 10% un nivel bajo. En cuanto a la detección temprana, el 74% tiene un nivel medio de conocimiento, el 20% un nivel alto y el 6% un nivel bajo. En resumen, la mayoría de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca poseen un nivel medio de conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico en las cuatro dimensiones evaluadas.

Pio (2018), determinó la relación que existe entre el conocimiento y las actitudes sobre prevención de cáncer gástrico en estudiantes de cuarto y quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa César Vallejo, Huánuco – 2017. Los autores implementaron un estudio analítico, con diseño correlacional en 160 estudiantes de educación secundaria utilizando un cuestionario de conocimiento y una escala de actitudes en la recolección de datos; y en el análisis inferencial se utilizó la prueba del Chi Cuadrado de Independencia con un nivel de significancia $p < 0,05$. Los resultados encontrados por los autores relacionados al conocimiento sobre prevención del cáncer gástrico mostraron que el 53,8% de los participantes mostraron conocimientos deficientes, mientras que el 46,2% presentó un nivel de conocimiento bueno. En lo que respecta a las actitudes, el 51,2% de los participantes adoptó actitudes negativas, mientras que el 48,8% mantuvo actitudes positivas hacia la prevención del cáncer gástrico. Al analizar la relación entre las variables, se identificó que el conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico se relacionó significativamente con las actitudes de los estudiantes en estudio [$X^2 = 14,310$; $p = 0,000$]. Respecto a la evaluación por dimensiones, se encontró que el conocimiento sobre los aspectos generales ($p = 0,001$); factores de riesgo ($0,008$); prevención primaria ($p = 0,007$) y prevención secundaria del cáncer gástrico ($p = 0,002$) se relacionaron significativamente con las actitudes hacia la prevención del cáncer gástrico en los estudiantes en estudio. En conclusión, se acepta la hipótesis de investigación la cual afirma

que existe relación significativa entre los conocimientos generales del cáncer gástrico, los factores de riesgo y las actitudes hacia la prevención de este según las variables del estudio.

Flores y Ortiz (2020), determinaron la asociación entre las características sociodemográficas y el conocimiento sobre la prevención de cáncer gástrico en usuarios de un centro de salud de Lima Perú. Por medio de un estudio descriptivo-correlacional de corte transversal en el cual incluyeron 118 usuarios que se atendían en un centro de salud de Lima-Perú en el año 2018. Las variables del estudio fueron los conocimientos, sobre la prevención del cáncer gástrico para el cual se empleó un cuestionario que fue sometido a jueces expertos y a la prueba binomial con resultados válidos (<0.05) y las características sociodemográficas. Como resultados los autores obtuvieron que la media del conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico fue 8.7 y se muestra que hay relación entre este y el nivel educativo. Los valores más bajos del conocimiento corresponden a los que tienen nivel educativo primaria y secundaria. Así mismo el tipo de seguro de salud con valores más bajos de conocimiento corresponden a las personas que tienen seguro integral de salud ya que son una población vulnerable y la mayoría de ellos no tienen acceso a educación y por ende su desconocimiento.

Chávez et al. (2021), identificaron las estrategias que realizó el personal de la salud en promoción y prevención en cáncer gástrico a nivel mundial, según la literatura científica indexada disponible entre 2011 a 2021. En la metodología se llevó a cabo una revisión integrativa de la literatura científica con un enfoque descriptivo, abarcando un total de 21 artículos extraídos de 10 bases de datos, siguiendo los lineamientos propuestos por Whittemore y Knafl. Asimismo, se aplicó el instrumento RedENSON para el análisis de cada artículo identificado. Los resultados mostraron que la mayoría de las publicaciones que abordan el tema provienen de países del oriente asiático esto se puede explicar en la medida que estos países han diseñado e implementado programas nacionales de detección temprana de cáncer gástrico como respuesta a la alta incidencia de esta patología en sus territorios.

Entre los hallazgos obtenidos al comparar los documentos revisados, se identificó que las estrategias de promoción y prevención del cáncer gástrico se centran en modificar los estilos de vida y hábitos alimenticios para reducir los factores de riesgo, así como en combatir la infección

por *H. pylori*, ya que este tipo de cáncer es visto como el resultado de un prolongado proceso inflamatorio en la mucosa gástrica. En las conclusiones, los autores enfatizan la importancia de implementar estrategias de educación y sensibilización, destacando tanto los factores causales endógenos como exógenos de la patología, además de promover prácticas de autocuidado y realizar pruebas de detección que permitan identificar a pacientes con alto riesgo.

Gámez et al. (2021) actualizaron aspectos relacionados con los factores de riesgo que intervienen en la mortalidad por cáncer gástrico. Se realizó una revisión sistemática de bases de datos de artículos publicados hasta octubre de 2020 que brindaron información sobre los factores de riesgo asociados a la mortalidad por cáncer gástrico. Se realizó un análisis de 31 artículos, donde se observó que el factor de riesgo más investigado fue la infección por *Helicobacter pylori*, que desempeña un papel crucial en el desarrollo del cáncer gástrico. Además, se identificaron como factores frecuentemente relacionados con la mortalidad por este tipo de cáncer la edad, el sexo, la dieta y los antecedentes familiares. Como conclusión, se determinó que existe una notable heterogeneidad entre los factores de riesgo estudiados, y que la identificación de estos factores asociados podría ser clave para la prevención y control de la enfermedad.

Cobeñas y Jara (2021), determinaron el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en pacientes atendidos en el hospital de emergencias Grau Lima 2021. A través de un diseño no experimental de corte transversal donde participaron 95 pacientes, los cuales respondieron a un cuestionario, elaborado por Kelly Cutipa, que constó de 24 ítems. En los resultados obtenidos observaron que, de 95 pacientes atendidos en el hospital de Emergencias Grau Lima, respecto al nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico, 58 obtuvieron un nivel de conocimiento medio, 19 obtuvieron un nivel de conocimiento alto y 18 obtuvieron un nivel de conocimiento bajo. De los resultados arrojados respecto al nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en la dimensión detección temprana se tiene que 46 individuos tienen un conocimiento medio, 32 un conocimiento alto y 18 un nivel de conocimiento bajo. Por lo anterior, los autores recomiendan identificar oportunamente los casos de personas que presenten riesgo a padecer de cáncer gástrico y desarrollar campañas de prevención para estos pacientes, en donde se pueda concientizar sobre los factores que intervienen en la evolución del cáncer gástrico, de igual manera, fortalecer el trabajo multidisciplinario, en conjunto del personal médico y

nutricionistas que permitan a la población en acceso de dietas saludables, incorporando así el conocimiento respecto al consumo de alimentos protectores contra el cáncer gástrico, teniendo como prioridad a las personas a partir de 40 años de edad, ya que son el principal grupo en riesgo propensos para adquirir esta patología.

Alva (2022), determinó los factores epidemiológicos y educativos asociados al nivel de conocimiento en prevención de cáncer gástrico en internos de medicina de una universidad en Lima, Perú. A través de un estudio transversal analítico que incluyó a 319 internos de medicina durante los años 2020 y 2021 en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. La recolección de datos se llevó a cabo mediante encuestas, empleando la clasificación de Graffar para determinar el nivel socioeconómico de los participantes y un cuestionario sobre conocimientos en la prevención del cáncer gástrico para evaluar su nivel de conocimiento. Para el análisis de los datos, se aplicaron técnicas bivariadas y multivariadas utilizando un modelo de regresión de Poisson, calculando razones de prevalencia, intervalos de confianza (IC) del 95% y estableciendo un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Entre los hallazgos más relevantes, los autores indican que un 53.92% de los internos de medicina mostró un alto nivel de conocimiento en prevención del cáncer gástrico. En el análisis bivariado, se detectó una asociación significativa entre un alto nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico y las variables analizadas en el estudio, que incluyeron la intención de seguir una especialidad quirúrgica y un nivel socioeconómico I-II. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas con otras variables como el sexo, la edad, tener un familiar directo con cáncer, contar con un familiar médico y asistir a conferencias sobre cáncer.

En resumen, aunque el nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico fue alto, se destaca la necesidad de incluir cursos de oncología y prevención del cáncer en el plan de estudios de la carrera de medicina. Esto contribuiría a elevar aún más el nivel de conocimiento entre los internos. Además, los autores sugieren que las facultades de medicina, junto con los estudiantes, implementen estrategias de promoción y prevención del cáncer gástrico dirigidas a las poblaciones más vulnerables. Asimismo, se recomienda fomentar el establecimiento de un curso específico de oncología y fortalecer tanto la formación teórica en cirugía como las prácticas clínicas, para lograr

que los futuros médicos adquieran un conocimiento adecuado sobre la prevención del cáncer gástrico.

Vivar y Pugo (2023), identificaron los cuidados básicos y esenciales para el actuar frente a un paciente con cáncer de estómago mediante una revisión bibliográfica. Los autores seleccionaron 127 artículos científicos de los cuales se seleccionaron 50 que respondían a las respuestas planteadas y contenían información relevante para la investigación. Como resultados los autores afirman que el personal de enfermería al ser el personal de salud que permanece más tiempo cerca de los pacientes, tiene la responsabilidad de brindar intervenciones para la mejora de la salud, son ellos los responsables de que el paciente tolere el tratamiento, decida combatir la enfermedad y por ende las actividades que se deben realizar son promoción y prevención ya sea para evitar desarrollar la enfermedad o para mejorarla en caso de ya estar diagnosticado.

Torres, (2023), identificaron los factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes del Hospital Luis N. Sáenz durante el periodo 2017-2021. Un estudio de casos y controles que incluyó un total de 62 pacientes con diagnóstico patológico de cáncer gástrico, comparándolos con 124 individuos de control. Los datos fueron recopilados a partir de historias clínicas mediante fichas de recolección de datos que habían sido validadas previamente. Para evaluar la significancia de los resultados, se utilizó la prueba de Chi cuadrado, mientras que un modelo de regresión logística fue empleado para calcular la razón de posibilidades (OR) y sus intervalos de confianza del 95%, a través de análisis tanto bivariados como multivariados. Este enfoque permitió establecer relaciones y determinar factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en la población estudiada.

1.4.1.2 Nacionales. Celis y Celis (2022) realizaron una caracterización epidemiológica de las tasas de cáncer gástrico en el departamento de Norte de Santander entre 2010 y 2015, mostrando su relación con factores geográficos y demográficos. Esta información facilita la implementación de programas de prevención y atención, permitiendo una mejor asignación de los recursos disponibles. Los autores recopilaron datos de repositorios gubernamentales y nacionales de salud, estimaron las tasas de incidencia y mortalidad a nivel municipal en Boyacá, y elaboraron los correspondientes mapas epidemiológicos de la enfermedad. Además, analizaron la relación entre la altitud, el envejecimiento poblacional, la incidencia y la mortalidad. En los hallazgos obtenidos,

los autores identificaron que las características sociodemográficas constituyen un factor de riesgo asociado con el cáncer gástrico, destacando especialmente la edad de 51 años o más. En relación al sexo, el análisis bivariado mostró una asociación estadísticamente significativa; sin embargo, esta asociación no se observó en el análisis multivariado, lo que sugiere que otros factores podrían estar influyendo en esta relación. Aunque la relación entre ambos análisis no tuvo relación, se podría decir que la influencia del envejecimiento poblacional, así como de la densidad de esta, pero no está asociado a factores de enfermedad ligada al sexo. Concluyen además que se deben realizar programas de prevención gratuita a pacientes cuya edad supere los 50 años haciendo énfasis en el sexo masculino que, aunque en este estudio no tuvo relación, otros estudios demuestran su relación significativa.

1.4.1.3 Regionales. Yépez et al. (2018) describieron la incidencia, mortalidad y tendencia del cáncer en Pasto-Colombia durante 1998-2012, a través de un estudio observacional descriptivo de la morbi-mortalidad presentada en pacientes que fueron diagnosticados con presencia de tumores malignos. La metodología utilizada se basa en la recolección, procesamiento y sistematización de datos según parámetros estandarizados internacionalmente para registros poblacionales de cáncer. Se calcularon las tasas de incidencia y mortalidad por período, sexo, edad y localización del tumor. Los resultados mostraron que, entre 1998 y 2012, se registraron 8,010 nuevos casos de cáncer, de los cuales el 57.7% correspondió a mujeres. Se reportaron 4,214 fallecimientos, con un 52.0% en mujeres. Las tasas de incidencia (p hombres= 0.7; p mujeres= 0.3) y mortalidad (p hombres= 1.0; p mujeres= 0.0) no mostraron cambios significativos durante los 15 años de seguimiento, siendo los tumores que generan mayor morbi-mortalidad los del estómago, cuello uterino, mama y próstata. Los autores concluyen que el cáncer sigue siendo un problema de salud relevante para la población de Pasto, y el comportamiento general de la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad resalta la necesidad de promover y fortalecer programas de prevención, especialmente dirigidos a los tumores de estómago, próstata, mama y cuello uterino, que son los que ocasionan mayor morbi-mortalidad en la población.

Por otra parte Bedoya et al. (2012) en su investigación denominada Prevalencia y severidad de las lesiones precursoras de malignidad en un área de alto riesgo de cáncer gástrico en Pasto, basándose en un estudio prospectivo descriptivo con un N=212 pacientes entre 11 y 89 años de

edad procedentes de la zona amarilla del departamento de Nariño, a los pacientes se les realizaron siete biopsias de mucosa gástrica, que fueron procesadas y sometidas a una coloración especial de Giemsa modificada para detectar lesiones precursoras de malignidad y la presencia de *Helicobacter pylori*. Este estudio propone a la comunidad médica la implementación del protocolo CIED, destinado al seguimiento y vigilancia de estas lesiones precursoras. Su objetivo es demostrar que la estrategia más efectiva continúa siendo la prevención, especialmente en las regiones con un alto riesgo de desarrollar cáncer gástrico.

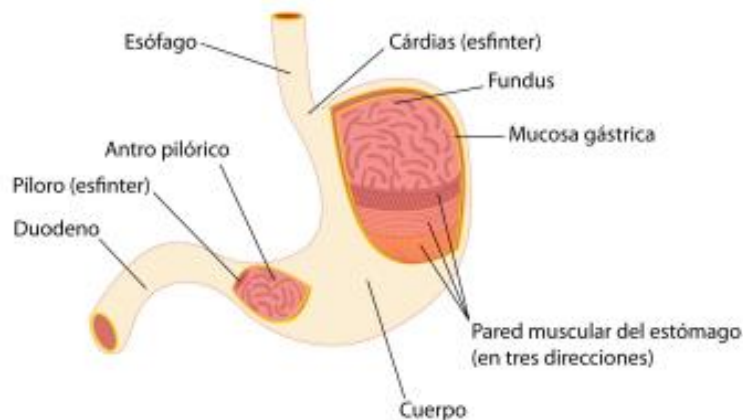
1.4.2 Marco teórico

1.4.2.1 Anatomía del estómago. Dilatación del tracto gastrointestinal, con forma de J, situado por debajo del diafragma. Su posición exacta y tamaño varían continuamente, se mueve arriba y abajo debido a los movimientos del diafragma. El estómago está dividido en cuatro regiones distintas: en primer lugar, encontramos el cardias, que es la porción superior de apertura; luego, en la parte inferior y formando parte de la base, está el fondo. La sección media, que tiene forma cóncava, es conocida como cuerpo. Por último, la región inferior que se une al intestino se denomina píloro (Figura 1).

Además, el estómago está compuesto por dos esfínteres que confinan el alimento dentro de él durante la digestión, evitando que refluya hacia el esófago o pase prematuramente al intestino. Estos esfínteres son el esfínter esofágico superior, también conocido como cardias, que se encuentra entre el estómago y el esófago, y el esfínter esofágico inferior, o píloro, ubicado entre el estómago y el intestino (Martínez, 2012, p. 7-8).

Figura 1

Anatomía del estómago



Fuente: Martínez (2012, p. 7-8)

En el estómago tiene lugar una digestión mecánica, debida a sus movimientos ondulatorios y peristálticos. Además, estos movimientos mezclan los alimentos con los jugos gástricos, segregados por la pared del estómago y que provocan la digestión química. La digestión química se debe, sobre todo, al ácido clorhídrico (HCl), aunque existen otros productos digestivos, como enzimas proteolíticos encargados de degradar proteínas, y lipasas encargadas de degradar lípidos (Martínez, 2012, p. 7-8).

1.4.2.2 Cáncer gástrico. El cáncer gástrico (CG) es una condición multifactorial en la que influyen múltiples causas, tanto individuales como ambientales. Entre estas, destacan el consumo excesivo de sal, el tabaquismo, la baja ingesta de frutas y verduras, y, principalmente, la infección por *Helicobacter pylori*. Actualmente hay suficiente evidencia de que por lo menos el 90 % de los CG de tipo intestinal, están etiológicamente relacionados con *H. pylori* y que la erradicación de este microorganismo disminuye el riesgo de cáncer gástrico (Bedoya et al, 2020, p. 571).

El cáncer gástrico, una enfermedad de naturaleza compleja, transita por un intrincado espectro de etapas en su desarrollo y progresión. La aprehensión minuciosa de estas fases reviste una importancia fundamental, ya que impulsa la detección precoz, la aplicación de tratamientos idóneos

y la organización de una atención médica integral. La estratificación de las etapas se cimienta en la evaluación exhaustiva de la extensión del tumor primario en el estómago, así como en su eventual diseminación hacia los ganglios linfáticos regionales y otros órganos. Para tal fin, se emplean sistemas de clasificación consolidados y reconocidos, entre los cuales destaca el sistema TNM (Tumor, Ganglios linfáticos, Metástasis), el cual proporciona un enfoque estructurado y metódico para la evaluación de este tipo de cáncer.

Desde las etapas iniciales, donde el tumor se encuentra restringido a la mucosa gástrica, hasta las etapas avanzadas, caracterizadas por una propagación del cáncer hacia órganos distantes, cada fase del proceso oncogénico presenta su propio conjunto de peculiaridades, gravedad y perspectivas de pronóstico. Entender a profundidad estas etapas se erige como un imperativo para orientar eficazmente el manejo clínico y potenciar los resultados clínicos en pacientes afectados por cáncer gástrico. La trascendencia de esta comprensión reside en su capacidad para moldear estrategias de tratamiento personalizadas, mejorar la calidad de vida del paciente y, en última instancia, optimizar las tasas de supervivencia.

En este sentido, el estadio I es un cáncer que no ha crecido profundamente en los tejidos adyacentes. Además, no se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a otras partes del cuerpo, a menudo se le denomina cáncer en estadio temprano. En este contexto, cerca del 60 % de los pacientes pueden ser asintomáticos (Bedoya et al, 2020, p. 571).

Por otra parte, el estadio II Y II se relaciona a cánceres que han crecido más profundamente en los tejidos adyacentes, también es posible que se hayan diseminado a los ganglios linfáticos, pero no a otras partes del cuerpo. en los cuales el 26 % y el 21 % pueden ser asintomáticos. Incluso el 10 % de los pacientes con estadio IV que se refiere al cáncer que se ha diseminado a otros órganos o partes del cuerpo, pueden presentarse sin síntomas, limitando el diagnóstico y una atención adecuada (Bedoya et al, 2020, p. 571).

Además, el cáncer gástrico (CG) genera un gran impacto social debido a su elevada morbimortalidad. Es una enfermedad cuyo origen es principalmente ambiental y, en la mayoría de los casos, surge a partir de una gastritis o inflamación crónica subyacente, frecuentemente asociada

a la hipoclorhidria causada por *Helicobacter pylori*. La inespecificidad de los síntomas y los resultados normales en los exámenes físicos iniciales contribuyen a un mal pronóstico, ya que el diagnóstico y tratamiento suelen realizarse de manera tardía. Es importante conocer las generalidades del cáncer gástrico por su alta prevalencia y agresividad en la población (Rojas y Montagné, 2019, p 23).

1.4.2.3 Clasificación del cáncer gástrico. El cáncer gástrico abarca una variedad de subtipos histológicos y clasificaciones que son fundamentales para comprender su comportamiento biológico y su respuesta al tratamiento. La clasificación del cáncer gástrico se basa en varios criterios, como la morfología celular, la arquitectura tumoral, la diferenciación histológica y la presencia de marcadores moleculares específicos. Estas clasificaciones permiten una caracterización más precisa de los tumores gástricos y su agrupación en categorías que guían tanto el diagnóstico como el enfoque terapéutico. Desde los adenocarcinomas gástricos, que representan la mayoría de los casos, hasta los tumores poco comunes como el linfoma gástrico y el sarcoma, cada tipo histológico tiene implicaciones únicas para la gestión clínica y el pronóstico del paciente. La comprensión de la clasificación del cáncer gástrico es esencial para la planificación del tratamiento individualizado y la mejora de los resultados en esta enfermedad.

Algunas formas del cáncer gástrico, predominantemente los adenocarcinomas, son más comunes, aunque aproximadamente un 5% de los tumores malignos identificados corresponden a linfomas gástricos, que a menudo se relacionan con la infección por el virus de Epstein-Barr. El adenocarcinoma constituye alrededor del 70% de los casos de cáncer gástrico, con una edad promedio de diagnóstico alrededor de los 70 años. Sin embargo, esta estadística puede variar según la variante histológica, ya que se pueden distinguir dos tipos principales a nivel microscópico: el tipo difuso y el tipo intestinal (Cárdenas et al., 2021, p. 343).

Por otra parte, la forma intestinal tiene una alta relación con factores de riesgo, sobre todo ambientales y dietéticos, que son los principales. Se caracteriza por la adopción de las células a una forma más parecida a glándula gástrica y tiene mejor pronóstico, mientras que la forma difusa, es bastante estudiada por afectar en un grado más alto a los pacientes prácticamente jóvenes, teniendo como referencia una edad media de 38 años. Se caracteriza por ser indiferenciada, de alta invasión

y muy comúnmente por presentar una historia familiar, con antecedentes determinantes y autosómicos dominantes y tiene peor pronóstico (Cárdenas et al., 2021, p. 343-344). Así, el cáncer gástrico difuso no se origina a partir de otras lesiones, sino que aparece directamente como un carcinoma. Esto resulta en un engrosamiento del estómago, que afecta particularmente al cardias, y puede ser visualizado o confundido con una linitis plástica. Esto por una razón y es que existe una infiltración de la pared del estómago (Cárdenas et al., 2021, p. 343-344).

1.4.2.4 Etiología del cáncer gástrico. El adenocarcinoma gástrico es multifactorial, con un origen genético, ambiental, aunque frecuentemente es esporádico o se asocia con infecciones con *H. pylori*. El desarrollo de células neoplásicas necesita un cambio en el epitelio. *H. pylori* se ha identificado como carcinógeno en 60-70% de los casos. Es una bacteria Gram negativa, capaz de invadir la mucosa gástrica debido a la intervención de elementos citotóxicos como la toxina VacA, CagA y la proteína NapA (Palmero et al., 2018, p. 170).

La etiología del cáncer gástrico es muy variado, estas pueden ser por la herencia genética donde se observan mutaciones en diferentes genes que provocan la enfermedad, también se ha demostrado que el consumo de alimentos ricos en sodio, nitratos y nitritos pueden convertirse en nitrosaminas obteniendo capacidad de mutación directa en nuestro organismo, además un alto índice de masa corporal, el aumento de grasa abdominal y la inactividad física condiciona el desarrollo del cáncer gástrico (Alva, 2022, p. 23-24).

Se ha encontrado evidencia de que el principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer gástrico es la bacteria *Helicobacter pylori*, la cual también es responsable de la infección más prevalente en la población global. Esta bacteria emplea numerosas estrategias para adaptarse a las condiciones ácidas del entorno gástrico, estableciendo una infección persistente, provocando un desequilibrio de las funciones del huésped y finalmente induce una inestabilidad genética lo que conlleva al desarrollo del cáncer gástrico (Alva, 2022, p. 23-24).

Sin embargo, la presencia del virus Epstein-Barr se ha encontrado entre el 5% al 16% en muestras histológicas de gastrectomías por cáncer gástrico lo implica que posiblemente pueda tener un papel en la etiología (Alva, 2022, p. 23-24).

1.4.2.5 Epidemiología del cáncer gástrico. A nivel mundial, el cáncer gástrico es la segunda causa de muerte por cáncer en hombres y la tercera en mujeres. La incidencia ha disminuido principalmente debido a la erradicación de *Helicobacter pylori*. Sin embargo, el número de casos ha aumentado por una mayor supervivencia de la población y un incremento en los diagnósticos a edades más tempranas. Las tasas más elevadas se registran en China, Japón, Corea, Europa del Este, países tropicales de América del Sur y Costa Rica, mientras que las tasas más bajas se observan en Estados Unidos, Australia y África. La migración internacional altera la exposición a factores de riesgo ambientales, lo que conlleva cambios en los datos epidemiológicos. Al parecer la influencia ambiental es mayor que la genética, por ejemplo, los japoneses que migran a los Estados Unidos disminuyen la incidencia y mortalidad (Rojas y Montagné, 2019, p. 24).

“A nivel mundial, la frecuencia de las diferentes neoplasias del aparato digestivo varía con relación a la ubicación geográfica, la composición étnica, los factores genéticos y ambientales, los hábitos alimentarios o la exposición a agentes oncogénicos” (Canseco et al., 2019, p. 311).

El departamento de Nariño, situado en el suroccidente de Colombia, presenta una situación geográfica, social y étnica bastante singular. Se caracteriza por tener una zona andina alta y montañosa con una alta incidencia de cáncer gástrico, así como una región costera baja donde la incidencia es considerablemente menor. Este contraste hace que Nariño sea especial, e incluso único en el mundo, dado que este pequeño territorio de 33,265 km² cuenta con áreas claramente definidas en cuanto a la incidencia de cáncer gástrico.

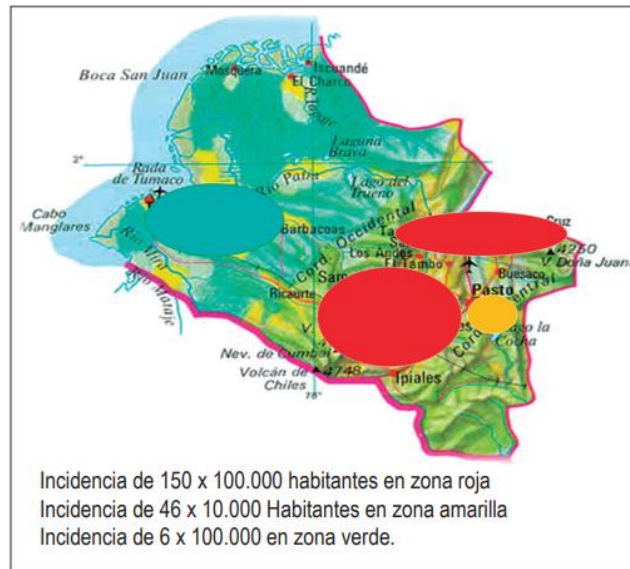
Se distinguen dos zonas rojas en el norte y suroccidente, donde la incidencia es de las más altas a nivel global, alcanzando los 150 casos por cada 100,000 habitantes. En estas áreas se observa una alta prevalencia de lesiones precursoras de malignidad, como gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal y displasia leve, además de una notable infección por *Helicobacter pylori*.

Por otro lado, existe una zona amarilla que abarca la capital, San Juan de Pasto, y los municipios cercanos situados en la margen derecha del río Guáitara, con una incidencia de 46 casos por cada 100,000 habitantes. En esta región, hay una menor prevalencia de lesiones precursoras de malignidad, aunque la infección por *Helicobacter pylori* sigue siendo alta. Finalmente, está la zona

"verde" en la Costa Pacífica, donde la incidencia de cáncer gástrico es baja, con solo 6 casos por cada 100,000 habitantes, una menor prevalencia de lesiones precursoras de malignidad y también una alta tasa de infección por *Helicobacter pylori*. Este fenómeno se conoce actualmente como el enigma tumaqueño, nariñense o colombiano (Bedoya et al., 2012, p. 276).

Figura 2

Regiones del cáncer gástrico en Nariño



Fuente: Bedoya et al., 2012, p. 276.

1.4.2.6 Factores de riesgo del cáncer gástrico. El cáncer gástrico es una enfermedad multifactorial, donde diversos elementos dietéticos pueden influir en su incidencia. Entre estos factores, se destacan el consumo de sal, carbohidratos y proteínas, los cuales han sido objeto de estudio en la comunidad científica. La investigación epidemiológica ha revelado que una ingesta elevada de sal, especialmente a través de alimentos conservados mediante salazón o encurtidos, está fuertemente asociada con un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer gástrico. Este fenómeno se atribuye a la capacidad de la sal de dañar la mucosa gástrica y promover la inflamación, lo que puede predisponer a la aparición de lesiones precancerosas y, eventualmente, al desarrollo de tumores malignos.

Del mismo modo, se ha investigado el papel de los carbohidratos en la etiología del cáncer gástrico, particularmente aquellos de tipo refinado presentes en alimentos procesados y azúcares añadidos. Aunque los datos son menos concluyentes en comparación con el efecto de la sal, algunos estudios sugieren que un consumo excesivo de carbohidratos refinados podría estar asociado con un mayor riesgo de padecer esta enfermedad. Se postula que los carbohidratos refinados podrían promover la obesidad y la resistencia a la insulina, procesos que a su vez pueden contribuir al desarrollo y progresión del cáncer gástrico (Cantos et al., 2006, p. 2-3).

Por otro lado, la influencia de las proteínas en la dieta también ha sido objeto de investigación en relación con el cáncer gástrico. Se ha observado que una dieta rica en proteínas de origen animal, especialmente la carne roja y los productos cárnicos procesados, está asociada con un aumento en el riesgo de esta enfermedad. Se postulan varios mecanismos mediante los cuales las proteínas de origen animal podrían contribuir al desarrollo del cáncer gástrico, incluyendo la presencia de compuestos carcinogénicos en la carne procesada y la capacidad de ciertas proteínas animales para promover la inflamación y el estrés oxidativo en el tejido gástrico (Cantos et al., 2006, p. 2-3).

A pesar de estas asociaciones observadas, es importante tener en cuenta que la relación entre la dieta y el cáncer gástrico es compleja y multifacética, y está influenciada por una amplia gama de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. Se necesitan más investigaciones para comprender completamente los mecanismos subyacentes y desarrollar estrategias efectivas de prevención y tratamiento para esta enfermedad (Cantos et al., 2006, p. 2-3).

El cáncer gástrico es una enfermedad multifactorial en la que intervienen diversos factores de riesgo, los cuales son descritos a continuación:

Algunos de los factores de riesgo que se pueden modificar incluyen la obesidad y pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, ya que este último está relacionado con una mayor prevalencia de *H. pylori*. Por otra parte, los factores de riesgo no modificables comprenden el género masculino, la edad avanzada y el hecho de pertenecer al grupo sanguíneo A (Rojas y Montagné, 2019, p. 25).

La dieta tiene una fuerte influencia, por ejemplo, una dieta con altas concentraciones de proteínas, Se han identificado como factores de riesgo el consumo de carne salada, hidratos de carbono y café. En cambio, se consideran factores protectores el consumo de frutas, verduras, carotenos, vitamina C y la refrigeración de los alimentos. Las verduras contienen altos niveles de nitratos, que son convertidos en nitritos por las bacterias presentes en la saliva, lo que puede dañar la mucosa inflamada. La vitamina C ayuda a neutralizar las nitrosaminas, lo que convierte al hábito de fumar en un factor de riesgo, ya que reduce los niveles de vitamina C. Además, consumir frutas y verduras junto con alimentos curados también tiene un efecto protector similar. En México se ha estudiado el consumo de capsaicina, que es el elemento irritante del picante, y se consideró como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico (Canseco et al., 2019, p. 311).

El consumo de alcohol ejerce un efecto lesivo sobre el estómago, aumentando la sensibilidad de la mucosa a agentes cancerígenos, lo que se atribuye a las nitrosaminas presentes en las bebidas alcohólicas. Otro hábito de riesgo es el tabaquismo, que se ha asociado con un incremento en la probabilidad de desarrollar cáncer gástrico de 1.5 a 1.6 veces, ya que el tabaco contiene N-nitrosaminas y óxidos de nitrógeno, ambos cancerígenos gástricos, porque forman radicales libres con elevado potencial oxidante. Otro factor de riesgo es la infección por agentes oncogénicos virales y bacterianos, debido a su proclividad a establecer infecciones que pueden durar toda la vida desencadenando reacciones inflamatorias crónicas (Canseco et al., 2019, p. 311).

De igual manera, la *Helicobacter pylori* es una bacteria gramnegativa que se contrae en la infancia y puede permanecer en el organismo durante la vida adulta si no se trata. Alrededor del 50% de los adultos están infectados por esta bacteria; sin embargo, solo una pequeña proporción (menos del 1%) desarrolla cáncer gástrico. En 1994, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, parte de la Organización Mundial de la Salud, clasificó a *Helicobacter pylori* como un carcinógeno humano de clase I para el cáncer gástrico de ambos subtipos (difuso e intestinal), siendo responsable de hasta el 90% de los casos que no afectan a los cardias. En realidad, el cáncer de cardias no está fuertemente relacionado con esta infección, y se cree que surge de factores de riesgo similares a los del cáncer esofágico y el esófago de Barrett. El cáncer gástrico tiende a desarrollarse a partir de una gastritis o inflamación crónica subyacente, que a menudo es causada por *H. pylori* y puede llevar a hipoclorhidia. La gastritis contribuye a la carcinogénesis a través de

la cascada de Correa, comenzando con gastritis crónica atrófica y evolucionando hacia la metaplasia intestinal, la displasia y, finalmente, la neoplasia. Este mecanismo sucede entre los 30 y 50 años y los cambios iniciales ocurren en la primera década de la vida, que es cuando coloniza *H. pylori* (Rojas y Montagné, 2019, p. 25).

El virus de Epstein-Barr, que es el segundo más prevalente después de *Helicobacter pylori*, está relacionado con una proteína conocida como LMP2A. Esta proteína desempeña un papel clave al activar la ADN metiltransferasa, así como genes latentes y micro ARNs, lo que incrementa su potencial oncogénico. Afecta al fondo gástrico y es más común en el sexo masculino (Cárdenas et al., 2021, p. 346).

Los casos hereditarios representan únicamente entre el 1 y el 3% de todas las neoplasias gástricas. La prevalencia de metaplasia intestinal, gastritis atrófica e hipoclorhidria es significativamente mayor en los familiares de primer grado de pacientes con adenocarcinoma gástrico hereditario de tipo difuso, síndrome de Lynch y poliposis adenomatosa familiar. Se ha identificado una asociación genética relacionada con mutaciones en el gen CDH1, que afecta hasta al 40% de los familiares de quienes tienen adenocarcinoma difuso hereditario. Se estima que el riesgo a lo largo de la vida de desarrollar este cáncer a los 80 años es del 67% en hombres y del 83% en mujeres. Por esta razón, se recomienda realizar una gastrectomía profiláctica en familiares mayores de 20 años con mutaciones en el gen CDH1. Mientras que el cáncer gástrico de tipo difuso está relacionado con el tipo de sangre A, el género femenino, y las mutaciones en la E. cadherina y el CDH1, el tipo intestinal está más influenciado por factores ambientales, ya que solo está asociado con mutaciones en el gen APC. se ha reportado un aumento de tres veces el riesgo de CG entre familiares de primer grado (Rojas y Montagné, 2019, p. 24).

1.4.2.7. Síntomas del cáncer gástrico. Desafortunadamente el cuadro clínico no es específico. Esto ha hecho que su diagnóstico clínico se dé cuando los síntomas ya son evidentes. En la mayoría de los pacientes se observa pérdida de peso, anorexia, fatiga, síndrome anémico, malestar epigástrico, llenura posprandial, sangrado de tubo digestivo, masa palpable, y/o abdomen agudo por perforación gástrica (Canseco et al., 2019, p. 312).

Al inicio, el examen físico suele ser normal, y solo un tercio de los pacientes mostrará sangre oculta en las heces. Con el tiempo, pueden aparecer síntomas como caquexia, una masa abdominal y hepatomegalia. Algunas adenopatías podrían predecir metástasis, como ocurre con la adenopatía supraclavicular izquierda (nódulo de Virchow), adenopatía periumbilical (nódulo de hermana María José) y adenopatía axilar izquierda (nódulo de Irish) (Rojas y Montagné, 2019, p. 25).

Las localizaciones más comunes de la afectación metastásica son el hígado, el peritoneo, los ganglios linfáticos regionales y, a distancia, los ovarios, el sistema nervioso central, los huesos y los pulmones. La afectación metastásica en los ovarios se denomina tumor de Krukenberg. La implicación peritoneal (carcinomatosis peritoneal) puede causar estreñimiento, dolor abdominal difuso y ascitis. También la enfermedad metastásica podría presentarse con fracturas patológicas o derrame pleural (Rojas y Montagné, 2019, p. 25).

En estadios avanzados se pueden encontrar cuadros paraneoplásicos quienes aparecen cuando los agentes del sistema inmunitario que combaten el cáncer también atacan partes del cerebro, Los cuales son poco comunes. Lo más común es el estado de hipercoagulabilidad (síndrome de Trousseau), que puede manifestarse con tromboembolismo y trombosis venosa profunda. Menos frecuentemente podrían aparecer lesiones cutáneas como queratosis seborreica, acantosis nigricans o vasculitis sistémicas (Rojas y Montagné, 2019, p. 25).

1.4.2.8 Diagnóstico del cáncer gástrico. Diagnosticar el cáncer gástrico puede resultar desafiante debido, en parte, a la ausencia de síntomas en las primeras etapas de la enfermedad. Para establecer un diagnóstico preciso, es fundamental que el médico realice una evaluación inicial que considere el tipo de cáncer sospechado, los síntomas presentes, la edad y el estado de salud general del paciente, así como pruebas de laboratorio, como análisis sanguíneos, para evaluar posibles factores de riesgo, como la anemia (Cárdenas et al., 2021, p. 347).

Los métodos de diagnóstico para el cáncer gástrico son:

Endoscopia digestiva alta: la cual permite observar el esófago, estómago e intestino delgado. Se puede extraer una muestra de tejido mediante esta técnica para después llevarla a biopsia y

detectar signos de cáncer. En la biopsia se extirpa una cantidad de tejido, para ser estudiado posteriormente, y es la prueba que confirma definitivamente si el paciente tiene o no cáncer (Cárdenas et al., 2021, p. 347).

Pruebas moleculares del tumor: estas pruebas ayudan a identificar genes y proteínas específicas y sirven más que todo para determinar el tratamiento (inmunoterapia). Se pueden realizar pruebas como por ejemplo del ligando de muerte programadas 1 y de inestabilidad de microsatélites alta y el ultrasonido endoscópico que permite observar la pared del estómago y si el cáncer se ha diseminado al hígado, glándulas suprarrenales, ganglios linfáticos y otros órganos circundantes. Las pruebas anteriormente mencionadas son las más frecuentes, sin embargo, también se utilizan tomografía computarizada, resonancia magnética, ingesta de bario y laparoscopia. (Cárdenas et al., 2021, p. 348).

El diagnóstico oportuno y el tratamiento de la gastritis, así como la terapia de erradicación de agentes infecciosos involucrados en la etiología del cáncer de estómago, pueden evitar la evolución de la inflamación gástrica a patologías de mayor gravedad y cáncer (Cárdenas et al., 2021, p. 65-66).

1.4.2.9 Tratamiento del cáncer gástrico. Las principales alternativas de tratamiento para el cáncer de estómago son cirugía, quimioterapia, terapia dirigida a base de medicamentos, inmunoterapia o radioterapia, con el propósito de erradicar o controlar el tumor; o bien de aliviar o disminuir los síntomas, según sea el caso. Generalmente, se usan dos o más de esos métodos a fin de optimizar los resultados. Para seleccionar las opciones de tratamiento se debe tener en cuenta la localización y la etapa del tumor (extensión y propagación), así como la edad y el estado general de salud del paciente (Cárdenas et al., 2021, p. 65-66).

Los tumores de estómago pueden crecer a través de la pared del estómago e invadir órganos cercanos, extenderse a vasos y ganglios linfáticos próximos y, en etapas avanzadas, las células cancerosas pueden pasar al torrente sanguíneo y propagarse (hacen metástasis) al hígado, los pulmones o los huesos (Cárdenas et al., 2021, p. 65-66)

1.4.2.10 Prevención del cáncer gástrico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la prevención en salud como la disciplina que se encarga de guiar y organizar procesos educativos con el objetivo de influir de manera positiva en los conocimientos, prácticas y hábitos de individuos y comunidades en torno a su bienestar. Esta área ha experimentado un crecimiento notable en los últimos años, consolidándose como una de las principales estrategias de promoción de la salud. Así mismo se ha reportado de forma consistente en la literatura una fuerte asociación entre bajos niveles educativos y peores desenlaces en salud (Hernández et al., 2020 p. 491).

Por esta razón, la prevención en salud se ha planteado como una de las estrategias clave para desarrollar comunidades autónomas y con una mayor capacidad para gestionar su propia salud. No obstante, la implementación de esta perspectiva ha sido limitada, ya que el sector salud sigue orientándose hacia un enfoque biomédico centrado en la enfermedad, priorizando el tratamiento de patologías específicas en lugar de mejorar la salud integral de la población. De igual forma, se tiene una perspectiva paternalista en donde el responsable del mantenimiento de la salud es el personal de la salud y no el paciente o individuo en cuestión (Hernández et al., 2020 p. 491).

La Carta de Ottawa de 1986 define la promoción de la salud como una estrategia que proporciona a las comunidades los recursos necesarios para mejorar su salud y tener mayor control sobre ella. Esto implica fomentar estilos de vida saludables y reducir los factores que favorecen la aparición de enfermedades. El objetivo de la promoción de la salud es disminuir los problemas que contribuyen al desarrollo de enfermedades a través de enfoques integradores de promoción y prevención. Además, se ha descrito como el proceso de capacitar a las personas para que tomen un mayor control sobre su salud, lo que la vincula con el concepto de educación para la salud. Ambas están estrechamente relacionadas, ya que la educación para la salud actúa como una herramienta clave que, junto con la participación activa de las personas, se convierte en promoción de la salud. Actualmente la promoción de salud se ha convertido en un ejercicio que implica aspectos como la educación, formación, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario (Hernández et al., 2020 p. 494).

En este contexto, la prevención del cáncer gástrico está basada en la prevención primaria, secundaria y terciaria. El propósito de un programa efectivo de prevención en la población sana

debería ser reducir la morbilidad y la mortalidad, abordando tanto los factores de riesgo como los factores protectores. De este modo, la prevención del cáncer gástrico debería incluir: conservación de un buen estado nutricional, abandono del tabaquismo, erradicación de los agentes infecciosos, control del riesgo ocupacional y estimación del riesgo genético (Olano, 2018, p. 32-34).

- **Dieta:** las características de la alimentación relacionada con el cáncer gástrico incluyen un alto contenido de sal, alimentos ahumados y/o nitratos, y una baja ingesta de verduras y frutas. Se estima que la sal promueve la inflamación local, los nitratos pueden ser precursores de agentes carcinogénicos directos (como las nitrosaminas) en determinadas condiciones químicas del medio y, por el contrario, la presencia de antioxidantes (vitamina C, carotenos, polifenoles) dificultan o retrasan el proceso de carcinogénesis (Olano, 2019, p. 32-34).
- **Tabaco:** No hay duda de que el tabaquismo es un factor importante en la carcinogénesis gástrica, actuando como un cofactor en el desarrollo de esta condición. El riesgo relativo es de 1,6 para los fumadores y de 1,2 para los ex fumadores (Olano, 2019, p. 32-34).
- **Riesgo genético familiar:** en los pacientes con síndrome de Lynch el riesgo de cáncer gástrico está claramente aumentado. Se recomienda que una vez identificados, la gastroscopia forme parte de su programa de vigilancia que, a la vista de los últimos datos 33 publicados, sería recomendable iniciarla a partir de los 45 años de edad, con una periodicidad todavía no bien definida, probablemente cada 2 o 3 años (Olano, 2019, p. 32-34).
- **La infección por *Helicobacter Pylori*:** Es probable que la mejora en las condiciones higiénicas haya contribuido a la notable reducción de la tasa de infección por *H. pylori* en los países económicamente avanzados, y que una de las razones para la disminución de la tasa de cáncer gástrico sea la disminución de dicha infección. Tome agua hervida y lave bien frutas y verduras antes de consumirlas (Olano, 2019, p. 32-34).

Por otro lado, en la prevención secundaria se pueden seguir las estrategias probadas para la detección temprana y diagnóstico precoz de lesiones precancerosas o cánceres en sus primeras etapas mediante técnicas como la endoscopia digestiva alta, la prueba de ureasa y la biopsia correspondiente. Es recomendable que se realicen estudios incluso en ausencia de síntomas, como la endoscopia digestiva alta, con el objetivo de identificar la enfermedad en una fase temprana, cuando aún es susceptible de ser tratada, especialmente para personas mayores de 50 años. Sin embargo, aquellos menores de 50 años con antecedentes familiares o expuestos a factores de riesgo también pueden considerar este tipo de evaluaciones. La duración de una endoscopia alta suele ser de aproximadamente 45 minutos (Olano, 2019, p. 32-34).

Se recomienda el estudio patológico de la biopsia quirúrgica para personas de entre 45 y 65 años que hayan sido sometidas a una endoscopia digestiva alta y en la que se haya tomado una muestra de una lesión sospechosa durante el procedimiento, con el fin de ser evaluada mediante dicho estudio patológico (Olano, 2019, p. 32-34).

Finalmente, La prevención terciaria se lleva a cabo una vez que la enfermedad ya se ha establecido, con el objetivo de evitar su empeoramiento y prevenir complicaciones. La intervención se realiza durante el curso de la enfermedad, y su principal finalidad es eliminar o reducir las consecuencias derivadas de su desarrollo. Esto incluye el tratamiento de lesiones precoces, ya sean precancerosas o cancerosas, que han sido detectadas mediante la prevención secundaria. Para garantizar la calidad del procedimiento aplicado y sus resultados, el tratamiento debería ser aplicado siempre por equipos bien entrenados siguiendo protocolos bien establecidos (Olano, 2019, p. 32-34).

1.4.3 Marco conceptual

A continuación, se conceptualizan términos importantes y de común mención relacionados con la presente investigación.

El adenocarcinoma gástrico (AG): López et al. (2023) lo definen de la siguiente manera:

Es una neoplasia maligna epitelial con origen en las glándulas de la mucosa gástrica y corresponde al 95% de los tumores gástricos malignos. Es el quinto cáncer más frecuente en el mundo y la cuarta causa más frecuente de muertes por cáncer. (p. 68)

Cáncer: conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites habituales e invaden partes adyacentes del cuerpo y/o se propagan a otros órganos. Este último proceso se denomina «metástasis», y es una importante causa de defunción por cáncer (OMS, 2021).

Carcinomas: se define como la existencia de enfermedad metastásica sin primario detectable al diagnóstico. Supone hasta el 3% de las neoplasias malignas y es uno de los 10 diagnósticos de cáncer más frecuente. La definición requiere la realización de una serie de exploraciones básicas para determinar que no existe tumor primario conocido. Dentro de este heterogéneo grupo existen una serie de entidades clinicopatológicas que presentan un mejor pronóstico, ya que tienen un tratamiento específico (Cantos et al., 2006, p. 12).

Cuadros paraneoplásicos: se define como la existencia de enfermedad metastásica sin primario detectable al diagnóstico. Supone hasta el 3% de las neoplasias malignas y es uno de los 10 diagnósticos de cáncer más frecuente. La definición requiere la realización de una serie de exploraciones básicas para determinar que no existe tumor primario conocido. Dentro de este heterogéneo grupo existen una serie de entidades clinicopatológicas que presentan un mejor pronóstico, ya que tienen un tratamiento específico (Cantos et al., 2006, p. 12).

Esfínter esofágico: es una zona de alta presión que se encuentra en la parte inferior de la faringe y protege la vía aérea de la entrada de contenido esofágico. Se compone del músculo constrictor inferior de la faringe (que a su vez consta de los músculos cricofaríngeo y tirofaríngeo) y del esófago cervical. El EES se compone de fibras de músculo estriado distribuidas en dos zonas: la zona de fibras oblicuas de contracción rápida correspondiente al músculo tirofaríngeo; y la zona de fibras dispuestas horizontalmente, de contracción rápida, pero sobre todo lenta, que pertenecen al músculo cricofaríngeo (Sanz et al., 2018, p. 34).

Epstein Barr: es un agente infeccioso que tiene tropismo por células linfoides y ocasionalmente por células epiteliales. La Agencia Internacional para la Investigación sobre Cáncer (IARC, por su sigla en inglés) lo clasificó hace 20 años como carcinógeno de tipo I, porque durante la infección latente expresa diferentes proteínas o micro-ARN con capacidad oncogénica, por lo que las células infectadas tendrían el potencial de desarrollar cáncer. Esto se ha demostrado en algunos tipos de cáncer como linfomas, carcinoma nasofaríngeo y cáncer gástrico (Medina et al., 2017, p. 131).

Gastritis: se refiere a la inflamación de la mucosa gástrica y a menudo se usa para describir la apariencia anormal de la mucosa gástrica en endoscopia o radiología. La gastritis abarca la inflamación infecciosa o inmunológica de la mucosa gástrica y la respuesta del huésped. La evidencia histopatológica de inflamación en el revestimiento del estómago es esencial para diagnosticar esta afección. La gastropatía se caracteriza como un trastorno de la mucosa gástrica sin inflamación, que a menudo presenta lesión epitelial y posterior regeneración. La gastritis y la gastropatía no son afecciones mutuamente excluyentes y, en ocasiones, pueden coexistir. En la práctica clínica, la gastritis puede ir acompañada de signos de lesión de la mucosa, mientras que la gastropatía puede mostrar alguna evidencia de una reacción inflamatoria en la mucosa gástrica (Azer y Akhondi, 2024, párr. 7).

Helicobacter Pylori: es una bacteria en forma de espiral que coloniza la mucosa gástrica de los seres humanos. Para sobrevivir en el medio ácido del estómago, la bacteria secreta ureasa, una enzima que convierte la urea en amoníaco, lo que neutraliza la acidez y crea un ambiente favorable para el crecimiento bacteriano. Otra ventaja adaptativa de esta bacteria radica en su capacidad para interferir en las reacciones inmunitarias locales de defensa. (Morales et al., 2018, p. 442).

Inflamación: Es una reacción fisiológica habitual que permite la curación del tejido afectado. El proceso inflamatorio se inicia cuando el tejido dañado libera compuestos químicos. A su vez, los glóbulos blancos generan sustancias que estimulan la división y el crecimiento celular, lo que contribuye a la reconstrucción del tejido y a la reparación de la lesión. Una vez cicatrizada la herida, finaliza el proceso inflamatorio. (Instituto Nacional del Cáncer, 2015)

Linfoma gástrico: es un tumor raro, ya que tan solo representa el 5% de las neoplasias gástricas primarias. La mayoría de los linfomas gástricos primarios se localizan en el antro, seguidos por el cuerpo y fondo (Balanzá et al., 2020, p. 8).

Linitis plástica: es el aspecto macroscópico engrosado y rígido que presentan los órganos invadidos por adenocarcinoma de tipo difuso, el cual, en el estómago suele respetar la mucosa (Molina et al., 2022, p. 470).

Metástasis: es la transferencia de células tumorales de un órgano a otro mediante una serie de multipasos secuenciales interrelacionados. Este proceso es uno de los principales retos en el tratamiento del cáncer debido a su complejidad y heterogeneidad biológica. Es la principal causa de muerte en esta enfermedad, reportándose que más de 90 % de las muertes por cáncer son debidos a esta etapa. La metástasis no solo es la etapa más mortal de la enfermedad, sino la más compleja. La falla completa de alguno de estos pasos puede prevenir la formación de lesiones secundarias (Guerra et al., 2020, p. 3).

Metaplasia intestinal: la metaplasia es la sustitución de un tipo de célula somática diferenciada por otro tipo de célula somática en el mismo tejido. Este cambio morfológico está relacionado con distintas causas o desencadenantes, entre las cuales se han descrito una variedad de factores que conllevan a la aparición de metaplasia intestinal gástrica, de los cuales se pueden mencionar, *Helicobacter pylori*, reflujo biliar, infecciones víricas, fúngicas, hábitos tóxicos como alcohol, tabaco, entre otros asociados con este daño epitelial (Alvarado y Balbuena, 2019, p. 13)

Sistema TNM (Tumor, ganglios linfáticos, metástasis): el sistema TNM es utilizado para estadificación y extensión de cáncer o neoplasias y depende del evaluador establecer el estadio de la patología de la persona con base en el concepto enviado por el oncólogo. Dado esto, es de amplio conocimiento su correcta aplicabilidad con tumores sólidos, sin embargo, existe un limbo con aquellos tumores no sólidos tales como hematológicos y del sistema nervioso central (SNC) (Londoño et al., 2018, p. 69).

Síndrome de Trousseau: se considera un síndrome paraneoplásico caracterizado por distintos eventos tromboticos, tanto arteriales como venosos, que pueden originarse tras el desarrollo de una enfermedad neoplásica o como signo premonitorio de la existencia de un cáncer oculto. La presencia de sucesos tromboticos idiopáticos nos debe alertar de la posible sospecha neoplásica. Una serie de pruebas diagnósticas son recomendables en estas circunstancias, tales como marcadores tumorales y ecografía abdomino-pélvica (Casanova et al., 2012, párr. 2).

Síndrome de Lynch: también llamado cáncer colorrectal (CCR) hereditario no polipósico (CCRHNP), es un síndrome genético, heterogéneo, con patrón de herencia autosómico dominante y penetrancia incompleta. Este síndrome predispone al desarrollo de CCR, principalmente, así como a neoplasias extracolónicas como el cáncer de endometrio, ovario, intestino delgado, estómago, uréter, vía biliar, páncreas, próstata, entre otros (Castro y Barletta, 2018, p. 265).

Tumor de Krukemberg: corresponde a aquellas metástasis ováricas que contienen cantidades significativas de células en anillo de sello con producción intracelular de mucina y reacción sarcomatoide difusa del estroma ovárico. Estas metástasis, generalmente provienen de adenocarcinomas localizados en el tubo digestivo, principalmente estómago y colon (Rodríguez y Cruz, 2007, p. 40).

1.4.4 Marco contextual

La investigación tendrá como contexto el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres.

El Departamento de Nariño es uno de los treinta y dos departamentos que, junto con Bogotá, Distrito Capital, forman parte del territorio de la República de Colombia. Se encuentra en el suroeste del país, en la frontera con Ecuador, y pertenece a la región Andina. Su superficie es de 33.268 km², lo que equivale al 2.91% del territorio nacional. Su capital es la ciudad de Pasto y está dividido política y administrativamente en 64 municipios, Nariño limita por el Norte con el departamento del Cauca y el océano Pacífico, al Este con los departamentos del Cauca y Putumayo, al Sur con la República de Ecuador y al Oeste con el océano Pacífico (toda Colombia, 2019).

Figura 3

Ubicación geográfica del departamento de Nariño



Fuente: Toda Colombia (2019).

El municipio de Túquerres se encuentra ubicado en la parte Sur occidental del departamento de Nariño, se limita al norte con el municipio de Providencia, al sur con los municipios de Sapuyes y Ospina, al oriente con los municipios de Guaitarilla, Imués y Providencia y al occidente con el municipio de Santacruz. Tiene una extensión total de 221.4 Km², donde 4,6 Km² pertenece a la extensión del área urbana y 216.8 Km² pertenece a la extensión del área rural. Cuenta con una altitud de la cabecera municipal de 3104 metros sobre el nivel del mar y su temperatura media es de 11° C. Turísticamente el municipio de Túquerres posee un gran potencial, especialmente en lo que respecta al eco turismo gracias a la inmensa riqueza en fauna, flora y paisaje con las que cuenta a lo largo y ancho de sus 220 Km². Es por otra parte el paso obligado en el trayecto de la vía que conduce desde el centro del país hacia las playas de Tumaco y el occidente del departamento, razón que le deriva un alto flujo humano durante casi todo el año. (Alcaldía de Túquerres, 2023)

Figura 4

Ubicación geográfica del municipio de Túquerres



Fuente: Toda Colombia, (2019).

Se encuentra en el suroeste de Colombia, en el departamento de Nariño. El resguardo indígena de Túquerres tiene una jurisdicción ancestral que abarca 16 parcialidades distribuidas en cinco municipios: Sapuyes, Ospina, Imués, Guaitarilla y Túquerres. Desde sus orígenes, el resguardo se organiza políticamente en estas dieciséis parcialidades, que incluyen Iboag, Sapuis, Calcan, Imués, Guaitarilla, Cuaical, Icuán, Ipain, Cajuaza, Tekalacre, Nasnanguer, Guasimi, Esnambud, Chaitán, Tutachag y Chanarro. Los límites del resguardo indígena de Túquerres se definen por puntos de referencia sagrados y sitios cosmoreferenciales que han sido transmitidos a través de la tradición oral. Estos límites comienzan en la piedra de las tres cruces en el volcán Chaitán o Azufral, bajando por el resguardo de Guachucal, subiendo hasta el cerro Paja Blanca, y continuando hacia la desembocadura del río Sapuyes en el lugar conocido como Pilcuán. Esto incluye los sitios ceremoniales de Cunchila, los Monos y Maramba, y sigue por el río Pastaran o Guaítara, rodeando las parcialidades de Imués y Guaitarilla. Luego, asciende por Cuchilla hasta el puente de tierra en el cruce de los caminos de Guaitarilla, Ancuya, Linares y Samaniego, en el punto conocido como Guaca o Montaña de Gobierno. Finalmente, continúa río abajo, delimitando con el resguardo de

Yascual en un lugar denominado dos Quebradas, y posteriormente sube por las parcialidades de Guasimi y Esnambud, regresando al volcán Chaitán o Azufra, marcando los límites con los resguardos de Guachavés, Mallama y Colimba. (Alcaldía de Túquerres, 2023).

La descripción geográfica del resguardo se basa en las leyes naturales que originan el territorio del pueblo de los Pastos, y está enmarcada dentro del Derecho Mayor y la Cosmovisión. (Título Colonial 214 y SIG Ordenamiento municipal, 2009, p. 10).

1.4.5 Marco legal

El marco legal o normativo establecido por las instituciones pertinentes a nivel mundial, nacional y regional sobre el tema de estudio comienza con la normativa identificada en la Asamblea Mundial de la Salud, específicamente en la Resolución WHA53.17 del 2000 dentro de la cual se puede destacar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, reconociendo el gran sufrimiento humano que provocan las enfermedades no transmisibles, como las afecciones cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, así como el impacto que representan para las economías de muchos Estados miembros, se observa un aumento en las desigualdades en salud entre países y poblaciones. Se destaca que las condiciones de vida de las personas y sus estilos de vida influyen en su salud y en su calidad de vida. Además, se ha señalado que las enfermedades no transmisibles más relevantes están relacionadas con factores de riesgo comunes, como el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, una dieta poco saludable, la falta de actividad física y la exposición a carcinógenos ambientales. Es importante tener en cuenta que estos factores de riesgo tienen determinantes económicos, sociales, de género, políticos, conductuales y ambientales. En este contexto, se reafirma que la estrategia global para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, junto con su plan de implementación, busca reducir la mortalidad prematura y mejorar la calidad de vida. Asimismo, se reconoce el papel de liderazgo que la OMS debe desempeñar en la promoción de acciones a nivel mundial contra estas enfermedades y su contribución a la salud global, destacando sus ventajas en comparación con otras organizaciones. (Asamblea mundial de la salud, 2000).

Por otro lado, el marco legal que sustenta este trabajo de investigación en Colombia se inicia con la Constitución Política de 1991, específicamente en su artículo 49:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos responsabilidad del Estado. Se asegura que todas las personas tengan acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Es tarea del Estado organizar, dirigir y regular la prestación de estos servicios para la población, así como el saneamiento ambiental, siguiendo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Además, le corresponde establecer políticas para la prestación de servicios de salud por parte de entidades privadas y supervisar su cumplimiento. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (Constitución política de Colombia, 1991).

Continuando con la Ley 1384 de 2010, Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. La Ley Sandra Ceballos, siendo esta la que declara el cáncer como una enfermedad de salud pública y prioridad nacional, brinda un representativo aporte a la investigación ya que se basa en la implementación de guías de práctica de sensibilización, cuidado y acciones encaminadas al control integral del cáncer en la población colombiana. (Ley 1384, 2010)

Artículo 1. El principal objeto es establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, para que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su sensibilización, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo. (Ley 1384, 2010)

Artículo 2. La tarea de las autoridades de salud es lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación del paciente. (Ley 1384, 2010)

Artículo 3. Los beneficios de la ley será toda la población colombiana residente en el territorio nacional. (Ley 1384, 2010)

Artículo 5. Control integral del cáncer. Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad Nacional para la República de Colombia Ley 1384 de 2010 Ley Sandra Ceballos. (Ley 1384, 2010)

Artículo 17. Investigación en cáncer en Colombia. Considérese en el plan nacional de ciencia y tecnología al cáncer como tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, Colciencias y el Instituto Nacional de Cancerología, con participación de la academia, definirán y actualizarán de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país. Se promoverá los estudios clínicos que de acuerdo con el consenso de los actores antes relacionados sean convenientes para el país, en la especialidad hematooncológica, bajo estándares definidos por Colciencias, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología y las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología (Ministerio de Salud y Protección Social/Instituto Nacional de Cancerología, 2012)

De igual manera, se resalta la relevancia de la protección y prevención de la salud en la Ley 100 de 1993, que establece que la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que la persona y la comunidad tienen para disfrutar de una buena calidad de vida. Esto se logra a través del cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad implementan para ofrecer cobertura integral frente a contingencias, especialmente aquellas que afectan la salud y la capacidad económica de los ciudadanos del país, con el objetivo de alcanzar el bienestar individual y la integración de la comunidad. Se destaca que es responsabilidad del estado velar de manera global y completa de la salud de las personas. (Ley 100, 1993)

Además, el Instituto Nacional del Cáncer en su resolución número 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población

Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación (Ministerio de Salud y Protección Social 02 de agosto del 2018) (Barona, 2011)

Artículo 49. “La atención de la salud en los diferentes servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Barona, 2011).

1.4.6 Marco ético

Resolución Número 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (Resolución 8430, 1993)

Artículo 17. Las investigaciones relacionadas con la salud humana en comunidades serán aceptables siempre que se garantice de manera razonable un beneficio para estas, y que los estudios previos realizados en pequeña escala hayan demostrado la ausencia de riesgos.

Artículo 18. En las investigaciones realizadas en comunidades, el investigador principal debe obtener la aprobación de las autoridades de salud y de otras autoridades civiles de la comunidad en cuestión, así como conseguir la carta de Consentimiento Informado de los participantes en el estudio, informándoles sobre lo estipulado en los artículos 14, 15 y 16 de esta resolución.

Artículo 19. En los casos en que los miembros de la comunidad no tengan la capacidad de comprender las implicaciones de participar en una investigación, el Comité de Ética en Investigación de la entidad del investigador principal, o de la entidad donde se llevará a cabo el estudio, podrá autorizar o denegar que el Consentimiento Informado sea obtenido a través de una persona de confianza con autoridad moral en la comunidad.

Si no se obtiene la autorización del Comité de Ética en Investigación, la investigación no podrá llevarse a cabo. Además, la participación de los individuos será completamente voluntaria.

Artículo 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a. La justificación y los objetivos de la investigación.
- b. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c. Las molestias o los riesgos esperados.
- d. Los beneficios que puedan obtenerse.
- e. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- j. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- k. En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

Cabe mencionar los siguientes tratados, que son importantes ya que se tiene en cuenta la ética en la salud y los derechos. Tanto el Tratado de Nuremberg como el Tratado de Helsinki son documentos importantes en el campo de la ética médica y la investigación clínica.

Tratado de Helsinki decreta que cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por información adecuada a cada participante potencial de los objetivos, métodos, posibles

beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. Cada una de estas personas debe ser informada de que tiene la libertad para no participar en el experimento y para anular en cualquier momento su consentimiento. Sólo entonces deberá ser solicitado por el médico el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito. (Helsinki, D. y World Medical Association, 1975)

Del mismo modo, el tratado de Nuremberg decreta que el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona afectada deberá tener capacidad legal para con-sentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide. (Goytortúa., 2023).

1.5 Metodología

1.5.1 Paradigma de investigación

La investigación se basa en el paradigma cuantitativo, ya que, según Hernández Sampieri (2016), este enfoque utiliza la recolección y análisis de datos para responder a preguntas de investigación, apoyándose en la medición numérica para identificar patrones comunes en la población.

Este estudio de investigación se alineó con el enfoque cuantitativo, ya que se centra en ofrecer una descripción objetiva y mensurable del conocimiento que tienen las personas pertenecientes al Resguardo Indígena del municipio de Túquerres acerca del cáncer gástrico, sus factores de riesgo y diagnóstico temprano del mismo, en este enfoque, se recopilan datos con el propósito de realizar un análisis estadístico sobre el dominio y conocimiento relacionado con el cáncer gástrico.

1.5.2 Enfoque de investigación

La investigación se sustenta en un enfoque empírico-analítico, porque se caracteriza por su énfasis en la recopilación y análisis de datos objetivos y medibles, provenientes de la experiencia observada y registrada. Este enfoque considera que la validez de la investigación se establece mediante la evidencia empírica, es decir, a través de la recolección de información observacional y cuantificable. Además, se destaca por su naturaleza analítica al privilegiar el examen detallado y la interpretación sistemática de los datos recopilados. En este contexto, se recopilará información sobre el cáncer gástrico, abordando aspectos como los principales factores de riesgo, el diagnóstico temprano y las posibles medidas preventivas en los fenómenos estudiados, utilizando herramientas estadísticas para analizar y presentar los resultados de manera objetiva y rigurosa.

Por otra parte, el presente estudio se fundamenta en un pensamiento deductivo dado que implica el proceso de razonamiento que parte de principios generales o teorías establecidas para llegar a conclusiones específicas. En otras palabras, implica la aplicación de reglas generales o hipótesis a situaciones particulares con el objetivo de derivar conclusiones específicas y comprobables.

En definitiva, el pensamiento deductivo se basa en la formulación de hipótesis basadas en teorías existentes o principios generales, seguido por la recopilación de datos empíricos para confirmar o refutar estas hipótesis. Este enfoque ayuda a estructurar la investigación de manera lógica y a establecer vínculos entre la teoría y la observación, proporcionando un marco sólido para el diseño y la ejecución del estudio.

Cabe resaltar que una característica principal de la investigación cuantitativa es la selección subjetiva e intersubjetiva de indicadores dado que reviste una importancia crucial para garantizar la calidad y la validez de los resultados obtenidos. La componente subjetiva implica la toma de decisiones por parte de los investigadores en términos de definición de variables y criterios de inclusión, reflejando sus juicios y experiencias individuales. Este proceso, aunque inevitable, requiere una gestión cuidadosa para evitar sesgos innecesarios. Por otro lado, la selección intersubjetiva, que involucra la colaboración y el consenso entre diferentes investigadores, contribuye a la coherencia y robustez del estudio. En conjunto, este enfoque equilibrado busca

fortalecer la credibilidad y la confiabilidad de la investigación cuantitativa, asegurando que los indicadores elegidos sean representativos y relevantes para la pregunta de investigación, contribuyendo así a la validez y solidez general del estudio.

1.5.3 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva dado que se centra en la obtención y análisis de datos numéricos con el propósito primordial de detallar de manera sistemática y precisa las características, propiedades o comportamientos de la población objeto en estudio. En este tipo de estudio, se utilizan métodos cuantitativos para medir variables pertinentes, y se recurre a un enfoque estadístico para estructurar y resumir la información recolectada. La investigación descriptiva busca exponer de forma objetiva detalles específicos, evitando conjeturas causales o interpretaciones subjetivas. Comúnmente empleada para explorar y documentar aspectos demográficos, de conocimiento, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y posible prevención del cáncer gástrico de la población en estudio, esta metodología ofrece una visión clara y detallada del estado actual del fenómeno en cuestión.

Aunque este enfoque se lleva a cabo mediante preguntas cerradas, lo que puede limitar la obtención de percepciones más detalladas, se destaca por su capacidad para definir y medir de manera precisa el nivel de comprensión y conocimiento acerca del cáncer gástrico, sus factores de riesgo, diagnóstico temprano y posibles medidas preventivas en el grupo encuestado y la población que representan, especialmente en el contexto actual. La clave para la ejecución exitosa de esta investigación radica en la obtención de datos veraces para garantizar la precisión de los resultados. Además, la investigación se adscribe al enfoque descriptivo al analizar componentes cruciales del estudio con el objetivo de determinar las implicaciones del fenómeno observado, poniendo un énfasis particular en sus características distintivas.

1.5.4 Población y muestra / Unidad de trabajo y unidad de análisis

Con referencia a la información obtenida por el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, el Resguardo cuenta con un total de 14.392 personas pertenecientes al Resguardo Indígena del

municipio de Túquerres. Para la presente investigación se elige el muestreo probabilístico sistemático que se fundamenta en argumentos que resaltan su eficacia en términos de representatividad, eficiencia y simplicidad enfatizando su vigor estadístico y la capacidad de realizar inferencias precisas sobre la población total. Este enfoque garantiza una representatividad equitativa al asegurar que cada elemento de la población tenga una probabilidad conocida y no nula de ser seleccionado.

La validez de las inferencias estadísticas derivadas de la muestra a la población se ve reforzada gracias a la aleatoriedad intrínseca del muestreo probabilístico, lo que contribuye a una generalización confiable de los resultados. Además, este método minimiza sesgos en la selección de la muestra y ofrece eficiencia, especialmente en poblaciones extensas, mejorando la comparabilidad y replicabilidad de la investigación. En conjunto, la aplicación del muestreo probabilístico fortalece la solidez y credibilidad de la investigación cuantitativa al proporcionar una base estadística sólida para la selección de la muestra y la inferencia sobre la población, lo que contribuye a resultados confiables y válidos. Por lo tanto, al realizar el cálculo de la muestra se obtiene 375 personas pertenecientes al Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, quienes serán los participantes de este estudio y de los cuales se recopilará información veraz que garantice la precisión en los resultados.

Para el año 2023, el municipio de Túquerres presenta una población de 44.419 habitantes, habitantes, de los cuales 22.727 son hombres (48,96%) y 23.692 mujeres (51,04%) (DANE, 2023)., de los cuales existen 381 personas; de las cuales se calculará una muestra mediante el muestreo aleatorio simple con la siguiente formula:

Población: 44.419 habitantes.

Nivel de confianza: 95%.

Margen de error 5%,

Muestra personas

$$n = \frac{N (Z)^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) e^2 + (Z)^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N =Tamaño de la población

n = Tamaño de la muestra

p = Probabilidad de éxito (0.5)

q = Probabilidad de fracaso (0.5)

Z^2 = Valor Tipificado de la **Tabla**, se originó un nivel de confianza del 95% = 1.95

e^2 = Error admitido por el investigador, en este caso se tomó un nivel de confianza del 95%, el error es del 5% es decir, 0.05.

Con base en lo anterior, se ha determinado que la muestra necesaria para esta investigación será de 375 personas que participarán en la encuesta en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres pertenecientes al Resguardo Indígena del municipio de Túquerres.
- Hombres y mujeres que deseen participar en la investigación denominada “Implementación de una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, año 2024”.
- Hombres y mujeres que se encuentren entre 20 y 60 años de edad

Criterios de exclusión.

- Hombres y mujeres que no pertenezcan al Resguardo Indígena del municipio de Túquerres
- Hombres y mujeres que no deseen participar en la investigación denominada “Implementación de una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, año 2024”.
- Hombres y mujeres menores de 20 años de edad y/o mayores de 60 años de edad.

1.5.5 Técnica e instrumentos de recolección de información

En el contexto de esta investigación experimental, que se basa en fuentes primarias, se empleará una encuesta como herramienta para explorar las características y los conocimientos de las

personas pertenecientes al Resguardo Indígena del municipio de Túquerres acerca del cáncer gástrico. La encuesta se dirige específicamente a personas que se encuentren entre 20 y 60 años de edad, y tiene como objetivo recopilar información detallada sobre el cáncer gástrico, sus factores de riesgo, diagnóstico temprano y posibles medidas preventivas. La aplicación de la encuesta busca proporcionar datos esenciales y profundizar en las causas del desconocimiento sobre el tema. Además de las fuentes primarias, se recurre a fuentes secundarias, como libros, trabajos de grado y artículos especializados, para fortalecer conceptos y obtener una comprensión más clara del impacto en la salud, factores de riesgo, diagnóstico temprano, sintomatología y medidas de prevención asociadas al cáncer gástrico.

1.5.5.1 Las técnicas de investigación. La técnica seleccionada para llevar a cabo la investigación en cuestión es la encuesta, la cual se compone de una serie de preguntas diseñadas para obtener información significativa de un grupo socialmente relevante de individuos relacionados con el problema de estudio. A través de un análisis cuantitativo de las respuestas recopiladas, se generarán conclusiones pertinentes a los datos obtenidos. Es importante destacar que se aplicarán las mismas preguntas a todos los participantes, en el mismo orden y en un contexto social similar. Además, se asegurará la confidencialidad de los participantes al realizar la encuesta de manera anónima, proporcionándoles así mayor libertad al responder. La recopilación y sistematización efectivas de la información son elementos cruciales para obtener resultados exitosos en esta investigación.

1.5.5.2 Instrumentos de investigación. El instrumento que se va a utilizar será un cuestionario que representa un instrumento estructurado de recopilación de datos compuesto por preguntas predeterminadas. Su propósito principal es obtener respuestas cuantificables y medibles de los participantes, con el fin de realizar análisis estadísticos. Este instrumento sigue una estructura formal, presentando preguntas organizadas de manera lógica y estandarizada para todos los participantes, utilizando preguntas cerradas con opciones de respuesta predefinidas o abiertas. Las preguntas cerradas permiten un análisis cuantitativo directo, mientras que las abiertas brindan la oportunidad de respuestas más detalladas. Se busca objetividad en el diseño del cuestionario, evitando sesgos y asegurando claridad en las preguntas favoreciendo la replicabilidad de la investigación, al tiempo que, se garantiza el anonimato de los participantes para fomentar

respuestas sinceras. La información será recopilada mediante un cuestionario previamente diseñado.

Tabla 1 Operacionalización de variables

Objetivo general	Objetivos específicos	Variable a medir	Definición conceptual	Nivel de la variable	Técnica	Instrumento
Implementar una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, año 2023.	Identificar el nivel de conocimiento que tienen los habitantes del Resguardo indígena acerca del cáncer gástrico, los principales factores de riesgo y aspectos relacionados con la prevención primaria.	Género	Sociodemográfico	Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		Edad		Cuantitativa razón	Encuesta	Cuestionario
		Estrato sociodemográfico		Cuantitativa Razón	Encuesta	Cuestionario
		¿En qué zona se encuentra ubicada su de residencia?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		Nivel de estudio		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		Estado civil		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		Ocupación		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
	Realizar una estrategia educativa encaminada a la prevención del cáncer gástrico dirigida a la población objeto de estudio.	EPS	Conocimiento	Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		¿Sabe usted que es el cáncer?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		¿Conoce usted acerca del cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
	Evaluar la apropiación social del conocimiento de los habitantes del resguardo	¿Conoce usted acerca de la bacteria <i>Helicobacter pylori</i> ?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		¿Conoce usted acerca de la relación entre la infección por <i>Helicobacter pylori</i> y el cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario

indígena respecto a la estrategia educativa.	¿Conoce usted acerca de los principales factores de riesgo para contraer cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
	¿Cuál de los siguientes cree usted que es un factor de riesgo modificable para contraer cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
	¿Cuál de los siguientes cree usted que es un factor de riesgo no modificable para contraer cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
	¿Tiene antecedentes familiares con cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
	¿Has sido diagnosticado/a previamente con enfermedades gástricas, como la gastritis crónica o la úlcera gástrica?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
	¿Considera usted que los estilos de vida influyen en la presencia del cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
	¿Sabes si el cáncer gástrico tiene una predisposición genética o hereditaria?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
	¿Conoce usted acerca de los síntomas principales que puede causar el cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
	¿Conoce usted acerca de los métodos de diagnóstico del cáncer gástrico?	Síntomas	Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
¿Cuáles de los siguientes cree usted que es un método óptimo para el diagnóstico del cáncer gástrico?	Diagnóstico	Cuantitativa ordinal	Encuesta	Cuestionario	

		¿Considera usted que el cáncer gástrico es curable?	Tratamiento	Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		¿Conoce usted que tratamientos se usan para erradicar el cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		¿Cuál de las siguientes prácticas se considera una medida de prevención primaria del cáncer gástrico?	Prevención	Cuantitativa ordinal	Encuesta	Cuestionario
		¿Has participado alguna vez en programas de concientización o has recibido información sobre la prevención del cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		¿Anteriormente en su Resguardo se han desarrollado campañas de promoción y mantenimiento para la prevención del cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		¿Considera usted que está bien informado acerca del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		¿Considera importante la participación en programas de concientización y educación sobre la prevención del cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		¿Le interesaría a usted obtener información acerca del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
		¿le interesaría recibir información sobre prevención y mantenimiento del cáncer gástrico?		Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario
				Cuantitativa nominal	Encuesta	Cuestionario

2. Presentación de resultados

2.1. Análisis e interpretación de resultados

En el cumplimiento del objetivo general se hace una campaña de promoción y mantenimiento de la salud sobre cáncer gástrico a 381 personas en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, consiguiendo concientizar acerca de la prevención y la admisión de acciones saludables entre los habitantes indígenas, contribuyendo así a reducir la incidencia y mejorar el manejo de esta enfermedad en la comunidad.

Lo anterior se corrobora en que 37,8% de los participantes en la campaña, afirman que mantener una dieta rica en frutas y verduras se considera como una medida de prevención del cáncer gástrico; por el contrario, el consumo de tabaco de manera regular no lo consideran una medida de prevención con porcentaje menor del 16,0% en comparación del anterior resultado. (**Tabla 16**)

2.1.1 Análisis del primer objetivo

Se identifica el grado de conocimientos de la población del Resguardo indígena sobre el cáncer gástrico, los principales factores de riesgo y aspectos relacionados con la prevención primaria. Inicialmente se halla que, solo el 6.7% de la población incluida en el estudio tiene estudios superiores, y el 93.3% están con primaria y secundaria, lo que se ve reflejado en el conocimiento del cáncer gástrico.

Al mismo tiempo, el 35,3% del participante afirmaron saber acerca del cáncer gástrico, mientras que el 64,7% dicen no conocer acerca del tema (**Tabla 2**); igualmente, el conocimiento sobre la bacteria de *Helicobacter pylori*, puesto que el 90,8% de los participantes manifestó no conocerla, mientras que apenas 9,2 sí conocen sobre esta bacteria tan trascendental en el desarrollo de esta patología. (**Tabla 5**)

Agregando a lo anterior, el conocimiento de los principales factores de riesgo para contraer el cáncer gástrico, el 28,6% afirman conocerlos y el 71,4% expresaron que no tienen conocimiento. (Tabla 7).

Es así como, 7 personas encuestadas, manifestaron que el *Helicobacter pylori* afecta la memoria; allí se denota el desconocimiento de la patología (Tabla 6); como también el 80,7% no conocen los síntomas principales que puede causar el cáncer gástrico (Tabla 17)

Tabla 2 ¿Sabe usted qué es el cáncer?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Sabe usted qué es el cáncer?	Si	135	35,3
	No	246	64,7
Total		381	100%

Se puede apreciar el desconocimiento en un 64.7% de los encuestados sobre la patología en general, lo que muestra la necesidad de una ilustración del tema

Tabla 3 Si la respuesta anterior fue afirmativa, responda ¿qué es el cáncer?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si la respuesta anterior fue afirmativa. Responda ¿qué es el cáncer?	Una enfermedad causada por bacterias.	147	38,7
	Una condición genética hereditaria	70	18,5
	Un crecimiento descontrolado de células anormales	42	10,9
	Una reacción del cuerpo frente a una infección	122	31,9
Total		381	100%

Esta respuesta sigue mostrando la tendencia al desconocimiento frente al tema, ya que el 31.9% lo ve como una infección, lo cual es absolutamente falso.

Tabla 4. *¿Conoce usted acerca del cáncer gástrico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Conoce usted acerca del cáncer gástrico?	Si	74	19,3
	No	307	80,7
Total		381	100%

Sigue siendo evidente la falta de conocimiento específico de la patología central del tema, con un 80,7% de los encuestados, que no conocen el cáncer gástrico.

Tabla 5 *¿Conoce usted acerca de la bacteria Helicobacter pylori?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Conoce usted acerca de la bacteria <i>Helicobacter pylori</i> ?	Si	35	9,2
	No	346	90,8
Total		381	100%

Se puede observar que uno de los principales factores de riesgo de la aparición del cáncer gástrico, el *Helicobacter pylori*, es desconocido por el 90.8% de los encuestados, lo cual señala la necesidad de charlas de actualización den este sentido.

Tabla 6 Si la anterior respuesta fue afirmativa, responda para usted ¿qué es para usted la bacteria *Helicobacter pylori*?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si la anterior respuesta fue afirmativa. Responda: para usted ¿qué es la bacteria <i>Helicobacter pylori</i> ?	Un tipo de virus que afecta su capacidad de pensar	7	20,2
	Una bacteria que ataca el estomago	2	6,7
	Un parásito que se encuentra en el intestino delgado	19	52,9
	Una bacteria que causa enfermedades respiratorias	7	20,2
Total		35	100%

En esta respuesta se puede apreciar la ausencia de una guía para la prevención de esta enfermedad devastadora porque, se evidenció que el 20,2% respondió que era un virus neurológico. Y el mismo porcentaje afirmó que era gastrointestinal, demostrando la necesidad de campañas de promoción y prevención.

Tabla 7 ¿Conoce usted acerca de los principales factores de riesgo para contraer cáncer gástrico?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Conoce usted acerca de los principales factores de riesgo para contraer cáncer gástrico?	Si	109	28,6
	No	272	71,4
Total		381	100%

En la **Tabla 7**, es de preocupación el hecho de desconocer las causas que provocan el cáncer gástrico en 71.4% de los encuestados, señalando el abandono al que tienen sometido a esta población indígena.

Tabla 8 Si la respuesta anterior fue afirmativa, responda ¿cuáles son los principales factores de riesgo?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si la respuesta anterior fue afirmativa. Responda: ¿cuáles son los principales factores de riesgo?	Consumo de agua potable	115	30,3
	Práctica regular de ejercicio físico	89	23,5
	Elevado consumo de frutas y verduras	97	25,6
	Elevado consumo de sal	80	21,0
Total		381	100%

En la **Tabla 8**, de acuerdo a la respuesta anterior 109 personas respondieron SI, de las cuales, un 30.3% respondió que el principal factor de riesgo es el consumo de agua potable; un 23.5% mencionó la práctica regular de ejercicio físico; un 25.2% afirmó que es el elevado consumo de frutas y verduras, y un 21.0% indicó que es el consumo excesivo de sal, lo cual señala la urgencia de capacitar este resguardo.

Ante la pregunta "¿Cuál de los siguientes cree usted que es un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?", un 31.9% afirmó que los antecedentes familiares son uno de los principales factores de riesgo; el 13.4% consideró que es el consumo elevado de alimentos conservados; un 19.3% lo asoció a la edad y al género, y un 35.3% lo relaciona con la exposición y consumo de alimentos contaminados.

Tabla 9 ¿Cuál de los siguientes cree usted que es un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Cuál de los siguientes cree usted que es un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?	Antecedentes familiares	90	31,9
	Consumo frecuente de alimentos conservados	38	13,4
	Edad y género	54	19,3
	Exposición y consumo alimentos contaminados	99	35,4
Total		381	100%

Las repuestas consignadas en la **Tabla 9** señalan que un 31.9% afirmó que los antecedentes familiares son uno de los principales factores de riesgo, siendo esto cierto, el 13.4% consideró que es el consumo elevado de alimentos conservados, siendo esto verdadero, un 19.3% lo asoció a la edad y al género, y un 35.3% lo relaciona con la exposición y consumo de alimentos contaminados, demostrando un leve conocimiento de estos factores, donde se debe encausar únicamente.

Tabla 10 ¿Tiene antecedentes familiares con cáncer gástrico?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Tiene antecedentes familiares con cáncer gástrico?	Si	154	40,3
	No	227	59,7
Total		381	100%

Es alarmante la alta incidencia de antecedentes familiares en esta población, ya que existen 154 encuestados con este factor de riesgo, lo cual señala la imperante necesidad de una guía adecuada por el enorme peligro que significa el desarrollo del cáncer gástrico.

Tabla 11 ¿Has sido diagnosticado/a previamente con enfermedades gástricas, como la gastritis crónica o la úlcera gástrica?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Has sido diagnosticado/a previamente con enfermedades gástricas, como la gastritis crónica o la úlcera gástrica?	Si	191	50%
	No	190	50%
Total		381	100%

Igualmente, llama la atención que 191 personas encuestadas, presentan este factor de riesgo que ameritan medidas como endoscopia, colonoscopia y otros exámenes que llevan a un diagnóstico temprano del cáncer gástrico.

Tabla 12 ¿Considera usted que los estilos de vida influyen en la presencia del cáncer gástrico?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Considera usted que los estilos de vida influyen en la presencia del cáncer gástrico?	Si	125	32,8
	No	256	67,2
Total		281	100%

La **Tabla 12** señala nuevamente el desconocimiento casi que total sobre el tema, ya que no es cierto que piensan el 67.2% de los encuestados con relación al estilo de vida como factor de riesgo, por ello motiva la realización de este proyecto.

Tabla 13 *¿Saber si el cáncer gástrico tiene una tendencia genética o hereditaria?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Sabes si el cáncer gástrico tiene una tendencia genética o hereditaria?	Si	109	28,6
	No	272	71,4
Total		381	100%

La genética representa un factor de riesgo alto para esta y muchas patologías, en la **Tabla 13** se aprecia el desconocimiento en un 71,4% de los encuestados, lo cual es un punto de alarma que impulsa la elaboración de esta investigación.

Tabla 14 *¿Fuma tabaco?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Fuma tabaco?	Si	144	37,8
	No	237	62,2

La **Tabla 14** muestra un significativo uso del tabaco, a pesar de las campañas que se han hecho en su contra; hablar de 144 fumadores es demasiado alto para esta población necesitada de directrices para una buena salud.

Tabla 15 *¿Practica ejercicio físico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Practica ejercicio físico?	Si	138	36,1
	No	243	63,9
Total		381	100%

El sedentarismo se hace presente en esta población, la **Tabla 15** enseña esta realidad negativa, no solo para el cáncer gástrico, sino para todas las patologías, ya que la **Tabla 14**, señala que 243

encuestados son sedentarios, mostrando un alto factor de riesgo para todas las enfermedades, indicando una urgente guía en este aspecto.

Tabla 16 *¿Lleva una dieta saludable?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Lleva una dieta saludable?	Si	157	41,2
	No	224	58,8
Total		381	100%

La dieta es fundamental como prevención del cáncer gástrico, por ello, preocupa que el 58.8% de encuestados no sean conscientes de este factor de riesgo, como lo muestra la **Tabla 15**, señalando la prioridad de guías para esta comunidad.

Tabla 17 *¿Conoce usted acerca de los síntomas principales que puede causar el cáncer gástrico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Conoce usted acerca de los síntomas principales que puede causar el cáncer gástrico?	Si	74	19,3
	No	307	80,7
Total		381	100%

El desconocimiento es generalizado en esta población, ya que el 80,7% de los encuestados afirman no conocer los síntomas del cáncer gástrico, lo que representa no poder detectar a tiempo este tipo de cáncer y empeorar la epidemiología de esta patología.

Tabla 18 Si la respuesta anterior fue afirmativa, responda ¿cuáles son los síntomas principales del cáncer gástrico?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si la respuesta anterior fue afirmativa. Responda: ¿cuáles son los síntomas principales del cáncer gástrico?	Dolor en la zona baja del estómago persistente y pérdida de peso inexplicada	8	10,9
	Coloración amarillenta de la piel	40	54,6
	Falta de aire	20	27,7
	Picazón en la piel	6	6,7
Total		74	100%

La respuesta afirmativa de la **Tabla 18** representó solo 74 entrevistados, quienes con sus respuestas indican una ausencia de capacitación sobre el tema.

Tabla 19 ¿Conoce usted acerca de los métodos de diagnóstico del cáncer gástrico?

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Conoce usted acerca de los métodos de diagnóstico del cáncer gástrico?	Si	128	33,6
	No	253	66,4
Total		381	100%

En la **Tabla 19**, es evidente la falta de capacitaciones sobre cáncer gástrico; el 66.4% de los encuestados no puede diagnosticar a tiempo esta patología, lo cual justifica, una vez más la presente investigación.

Tabla 20 *¿Considera usted que el cáncer gástrico es curable?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Considera usted que el cáncer gástrico es curable?	Si	125	32,8
	No	256	67,2
Total		381	100%

La terapéutica en el tratamiento del cáncer ha evolucionado positivamente con relación a la mortalidad por cáncer gástrico, mensaje que se debe transmitir a esos 67,2% de los entrevistados, quienes creen que no es curable.

Tabla 21 *¿Conoce usted qué tratamientos se usan para erradicar el cáncer gástrico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Conoce usted qué tratamientos se usan para erradicar el cáncer gástrico?	Si	144	37,8
	No	237	62,2
Total		381	100%

Existen varias terapéuticas en este tratamiento que deben ser conocidas por los habitantes de esta población en las charlas de actualización, ya que el 62,2% de los encuestados las desconocen.

Tabla 22 *Si la anterior respuesta fue afirmativa, responda ¿qué tratamientos conoce usted para curar el cáncer gástrico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si la anterior respuesta fue afirmativa. Responda: ¿qué tratamientos conoce usted para curar el cáncer gástrico?	Cirugía	50	35,3
	Radioterapia	47	30,3
	Terapia en base a medicamentos	34	24,4
	Todas las anteriores	9	6,7
	Ninguna de las anteriores	5	3,4
Total		144	100%

Sólo 144 encuestados respondieron afirmativamente en la **Tabla 22**, de los cuales solo 9 personas respondieron adecuadamente, lo cual, señala la ausencia de asesoría en este tema.

Tabla 23 *¿Cuál de las siguientes prácticas se considera una medida de prevención primaria del cáncer gástrico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Cuál de las siguientes prácticas se considera una medida de prevención primaria del cáncer gástrico?	Consumir alimentos ahumados y procesados	93	24,4
	Mantener una dieta rica en frutas y verduras	144	37,8
	Fumar tabaco de manera regular	61	16,0
	Evitar el ejercicio físico	83	21,8
Total		381	100%

En la **Tabla 23** es evidente el desconocimiento de factores claves para la prevención del cáncer gástrico, por ello, es importante los talleres proyectados.

Tabla 24 *¿Has participado alguna vez en programas de concientización o has recibido información sobre la prevención del cáncer gástrico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Has participado alguna vez en programas de concientización o has recibido información sobre la prevención del cáncer gástrico?	Si	122	31,9
	No	259	68,1
Total		381	100%

Esta respuesta puede ser la génesis de la tendencia señalada en casi todas las respuestas porque, solo el 31,9% de los encuestados ha tenido campañas de promoción y prevención de esta enfermedad, teniendo en cuenta las respuestas, posiblemente no se utilizó la pedagogía adecuada porque no quedaron muchos conocimientos en la mente de la población.

Tabla 25 *¿Anteriormente en su resguardo se han desarrollado campañas de promoción y mantenimiento para la prevención del cáncer gástrico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Anteriormente en su resguardo se han desarrollado campañas de promoción y mantenimiento para la prevención del cáncer gástrico?	Si	0	0,0
	No	381	100
Total		381	100%

La respuesta de la **Tabla 25**, coincide con la anterior, ya que no se ha hecho ninguna campaña en favor de la comunidad en el cáncer gástrico, dejando entrever el abandono en que esta esta comunidad.

Tabla 26 *¿Considera usted que está bien informado acerca del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer gástrico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Considera usted que está bien informado acerca del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer gástrico?	Si	35	9,2
	No	346	90,8
Total		381	100%

Esta respuesta, confirma todo lo expuesto anteriormente, es decir, una ignorancia total, sobre temas trascendentales en salud, que deben ser tratados como prioridad por los gobiernos de turno.

Tabla 27 *¿Considera importante la participación en programas de concientización y educación sobre la prevención del cáncer gástrico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Considera importante la participación en programas de concientización y educación sobre la prevención del cáncer gástrico?	Si	381	100
	No	0	0,0
Total		381	100%

Esta respuesta es una que motiva y justifica la presente investigación, ya que todos los encuestados están pendientes y atentos a unas capacitaciones con el tema de cáncer gástrico, no solo como cultura general, sino como herramientas para salvar vidas con la prevención y el diagnóstico a tiempo.

Tabla 28 *¿Le interesaría a usted obtener información acerca del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer gástrico?*

Pregunta	Alternativa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Le interesaría a usted obtener información acerca del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer gástrico?	Si	381	100
	No	0	0,0
Total		381	100%

Se cierra esta tanda de preguntas con un sí definitivo y rotundo al desarrollo de este proyecto en favor de mejorar la calidad de vida de la población objetivo de esta investigación.

2.1.2 Análisis del segundo objetivo

Para desarrollar una estrategia educativa enfocada en la prevención del cáncer gástrico, dirigida a la población objeto de la investigación, se implementó una estrategia estructurada en tres etapas: en la primera fase, se aplicó una encuesta; en la segunda, se realizó un análisis de los resultados; y en la tercera, se diseñaron estrategias de aprendizaje basadas en los hallazgos obtenidos.

Primera etapa: Sensibilización acerca del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres. Para la ejecución de la sensibilización se consideraron los resultados obtenidos en la recolección de datos efectuada en el primer objetivo de la investigación, donde se identificó el nivel de conocimiento que tiene la población objeto de estudio acerca de los temas relacionados al cáncer gástrico. De esta manera, se implementó una estrategia educativa integral y multidisciplinaria a través de la realización de una clase magistral dirigida a las personas pertenecientes al Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, con el fin de informar y apropiar sobre factores de riesgo, síntomas, diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico, tanto en términos de su comprensión como en la promoción de hábitos de vida saludables que puedan contribuir a su prevención. Esta intervención se concibió como una herramienta clave para generar oportunidades de acceso a información de interés para la comunidad y disminuir la carencia de información existente en la población objeto de estudio, dada la importancia de contar con información precisa y adaptada a las características culturales y socioeconómicas de la comunidad (**Figura 5**).

Como se puede apreciar en las Figuras 5 y 6, las fotografías y el material muestran como la clase magistral se estructuró en torno a los principales elementos del cáncer gástrico; abordando de manera detallada los factores de riesgo que predisponen a su aparición, los signos y síntomas más comunes que puedan alertar sobre la presencia de la enfermedad, los métodos diagnósticos más empleados en la práctica clínica para su detección temprana, las opciones terapéuticas disponibles, y las estrategias preventivas que puedan adoptarse para reducir la probabilidad de desarrollar esta patología. El contenido de la clase fue cuidadosamente seleccionado y organizado de tal manera que los participantes pudieran asimilar la información de manera efectiva y contextualizada.

En apoyo a la intervención, se desarrolló un folleto informativo (Figura 8) específicamente diseñado para esta población, utilizando un lenguaje claro, comprensible y culturalmente apropiado, con el objetivo de maximizar la accesibilidad del contenido y facilitar su comprensión. Este material didáctico sirvió como un complemento esencial a la clase magistral, ofreciendo a los participantes una referencia tangible que les permitirá reflexionar sobre los conceptos adquiridos y así facilitando retención del conocimiento (Figura 6).

Un aspecto fundamental de la intervención educativa fue la incorporación de un enfoque multidisciplinario, que incluyó la participación activa de un profesional especializado en nutrición y dietética, quien proporcionó una visión integral sobre la relación entre los hábitos alimenticios y la salud, enfatizando la importancia de una dieta balanceada y adecuada para la prevención del cáncer gástrico. Se destacaron aspectos fundamentales como la necesidad de evitar el consumo excesivo de alimentos procesados, ricos en sodio o conservantes, y la adopción de un régimen alimenticio basado en productos frescos como frutas y verduras, que han demostrado tener un efecto protector frente al desarrollo de enfermedades crónicas, incluidas el cáncer.

De igual manera, se hizo hincapié en otros factores relacionados con el estilo de vida los cuales juegan un papel determinante en la aparición y evolución del cáncer gástrico, tales como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la falta de actividad física. Donde se subrayó la adopción de un estilo de vida saludable, que incluya la práctica regular de ejercicio y la eliminación de hábitos perjudiciales, la cual puede tener un impacto en la disminución del riesgo de desarrollar esta enfermedad.

Además, la intervención no solo se centró en la trasmisión de conocimientos teóricos, sino también en la promoción de un cambio actitudinal y comportamental dentro de la comunidad, fomentando la reflexión crítica y el empoderamiento de los participantes para que puedan tomar decisiones informadas y responsables sobre su salud. En este sentido, el objetivo final de la estrategia educativa fue establecer una base sólida que permita a los individuos adoptar y mantener conductas que favorezcan su bienestar físico y mental a largo plazo, contribuyendo a la prevención del cáncer gástrico y mejorando la calidad de vida de la población del Resguardo Indígena.

Segunda etapa: Mensaje audiovisual como estrategia de concientización a la comunidad perteneciente al Resguardo Indígena. En el marco de la estrategia de sensibilización y educación sobre el cáncer gástrico, se implementó una iniciativa audiovisual orientada a reforzar el conocimiento y promover la prevención de esta enfermedad dentro de la comunidad del Resguardo Indígena. Esta estrategia se fundamenta en la utilización de medios de comunicación locales y herramientas visuales para garantizar un alcance efectivo y una retención significativa de la información.

Igualmente, se diseñó un apoyo visual proyectado en el hospital, como se evidencia en la Figura 7 y se proyecta para la población objetiva. Este material visual se creó con un lenguaje inclusivo y sencillo de entender, con el objetivo de captar la atención de los usuarios indígenas de la IPS y reforzar el mensaje sobre la prevención del cáncer gástrico (Figura 7).

La proyección regular de este diseño en un entorno frecuentado por la comunidad permitió una exposición continua de la información, contribuyendo a la creación de un entorno educativo constante y dinámico.

La implementación de estas estrategias audiovisuales tuvieron como fin, no solo proporcionar información vital sobre el cáncer gástrico, sino también fomentar una mayor conciencia y participación activa en la prevención de la enfermedad.

Figura 5

Campaña de promoción y mantenimiento de la salud de cáncer gástrico en resguardo indígena del municipio de Túquerres Nariño



Figura 6

Campaña de promoción y mantenimiento de la salud de cáncer gástrico en resguardo indígena del municipio de Túquerres Nariño



Figura 7

Diseño audiovisual

The infographic is titled "CÁNCER GÁSTRICO" and is designed with a blue and white color scheme. It features several anatomical illustrations: a top-down view of the stomach and duodenum, a close-up of a gastric tumor, a cross-section of the stomach wall, and a person's torso with internal organs highlighted. The text is organized into sections: "CÁNCER GÁSTRICO" (definition), "FACTORES DE RIESGO" (risk factors), "SINTOMAS" (symptoms), "DIAGNÓSTICO" (diagnosis), and "TRATAMIENTO" (treatment). Each section includes a list of items with checkmarks. Logos for the Universidad Nacional and the Instituto de Promoción y Mantenimiento de la Salud are visible in the top corners.

CÁNCER GÁSTRICO

Es una enfermedad que se origina en las células que recubren el interior del estómago

FACTORES DE RIESGO

- ✓ Infección por Helycobacter Pylori
- ✓ Hábitos alimenticios
- ✓ Factores genéticos
- ✓ Consumo de tabaco y alcohol

SINTOMAS

- ✓ Indigestión persistente
- ✓ Sensación de hinchazón después de comer
- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Pérdida de apetito y de peso involuntaria
- ✓ Heces oscuras debido a sangrado gastrointestinal

DIAGNÓSTICO

- ✓ Tomografía computarizada
- ✓ Endoscopia
- ✓ Biopsia

TRATAMIENTO

- ✓ Cirugía
- ✓ Quimioterapia
- ✓ Radioterapia

Figura 8

Folleto informativo ¿Qué es el cáncer gástrico?

OBJETIVOS

Desarrollar una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres durante el año 2024, con el propósito de fomentar la concientización, la prevención y la adopción de prácticas saludables entre los habitantes indígenas, contribuyendo así a reducir la incidencia y mejorar el manejo de esta enfermedad en la comunidad.

TRABAJO DE INVESTIGACION

UNIVERSIDAD MARIANA
DIOS HOGAR PATRIA

CAMPAÑA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE CANCER GASTRICO

IMPLEMENTADO POR:

- ANGELA CAMILA ZAMBRANO BENAVIDES
- ALEX RICARDO REBOLLEDO ORTEGA
- ANYELO ALEXIS SOLARTE ZAMORA

¿QUE ES EL CANCER GASTRICO?

El cáncer gástrico es un tipo de cáncer que afecta el estómago, donde las células crecen de forma descontrolada. Puede causar dolor, pérdida de apetito y otros síntomas, y su tratamiento incluye cirugía, quimioterapia o radioterapia.

Figura 9

Folleto informativo Principales causas del cáncer gástrico



Es de anotar, que el folleto informativo, se dejó como material de sensibilización a la población objetivo, a la espera de que sus frutos sirvan para eliminar los factores de riesgo y así mitigar el impacto del cáncer gástrico en esta comunidad.

2.1.3 Análisis tercer objetivo

Después de hacer las actividades pedagógicas, se hizo otra encuesta para evaluar la apropiación social del conocimiento de los habitantes del resguardo indígena respecto a la estrategia educativa realizada, como se aprecia en la **Tabla 29**.

Tabla 29 *Qué es el cáncer?*

Dimensión: conocimiento		
¿Qué es el cáncer?		
	Total personas	
Variable	Antes	Después
Una enfermedad causada por bacterias	147	5
Una condición genética hereditaria.	70	2
Un crecimiento descontrolado de células anormales.	42	109
Una reacción del cuerpo frente a una infección	5	3
Total	381	100,0
		381

La respuesta después de la intervención pedagógica fue buena, en la definición del cáncer con un incremento significativo de 109 entrevistados que dieron la respuesta correcta de un crecimiento descontrolado de células anormales.

Tabla 30 *¿Qué es la bacteria Helicobacter pylori?*

Dimensión: conocimiento		
¿Qué es la bacteria Helicobacter pylori?		
	Total personas	
Variable	Antes	Después
Un tipo de virus que afecta su capacidad de pensar	7	1
Una bacteria que ataca el estomago	2	31
Un parásito que se encuentra en el intestino delgado	19	2
Una bacteria que causa enfermedades respiratorias	7	1
Total	35	35

Se tomaron 35 encuestados, quienes aseguraron conocer la bacteria, mostrando un avance significativo de 29 unidades en la respuesta correcta, de 2 a 31, evidenciando el éxito de la jornada.

Tabla 31 *¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?*

Dimensión: factores de riesgo		
¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?		
	Total personas	
Variable	Antes	Después
Antecedentes familiares	90	19
Consumo frecuente de sal y de alimentos conservados	38	331
Edad y género	54	6
Exposición y consumo de alimentos contaminados	99	25
Total	381	381

En la **Tabla 31**, se observa un cambio positivo después de las charlas de sensibilización corroboradas en las respuestas correctas de consumo de alimentos contaminados y procesados.

Tabla 32 *¿Tener antecedentes familiares es un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?*

Dimensión: factores de riesgo		
¿Tener antecedentes familiares es un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?		
	Total personas	
Variable	Antes	Después.
Si	109	368
No	272	13
Total	381	381

Es evidente el cambio positivo en los conocimientos del grupo objetivo posterior a las charlas de sensibilización, puesto que la respuesta correcta SI se incrementó de 109 a 368, demostrando el efecto positivo del proyecto.

Tabla 33 *Los estilos de vida influyen en el desarrollo del cáncer gástrico?*

Dimensión: factores de riesgo		
¿Los estilos de vida influyen en el desarrollo del cáncer gástrico?		
Total personas		
Variable	Antes	Después
Si	125	381
No	272	0
Total	381	381

Esta respuesta es gratificante porque se logró cambiar el pensamiento erróneo de la no influencia de la calidad de vida en el desarrollo de esta enfermedad, ya que de 272 respuestas negativas se bajó a 0, resultado bastante positivo para las jornadas de capacitación.

Tabla 34 *¿El cáncer gástrico tiene una tendencia genética o hereditaria?*

Dimensión: factores de riesgo		
¿El cáncer gástrico tiene una tendencia genética o hereditaria?		
Total personas		
Variable	Antes	Después
Si	109	358
No	272	23
Total	381	381

La eficacia del programa se evidenció en el aumento de la percepción del carácter genético del cáncer de estómago de 109 a 358, siendo estadísticamente significativo

Tabla 35 ¿Cuáles son los síntomas principales del cáncer gástrico?

Dimensión: síntomas		
¿Cuáles son los síntomas principales del cáncer gástrico?		
Total personas		
Variable	Antes	Después
Dolor en la zona baja del estómago persistente y pérdida de peso inexplicada	8	66
Coloración amarillenta de la piel	40	6
Falta de aire	20	0
Picazón en la piel	6	2
Total	74	74

Solo respondieron que conocían el cáncer de piel 74 encuestados, en los cuales se logró una sensibilización, de acuerdo al incremento de 8 a 66 de la respuesta correcta.

Tabla 36 ¿Conoce usted acerca de los métodos diagnósticos de cáncer gástrico?

Dimensión: diagnóstico		
¿Conoce usted acerca de los métodos diagnósticos de cáncer gástrico?		
Total personas		
Variable	Antes.	Después.
SI	128	340
NO	253	41
Total	381	381

El conocimiento acerca de los métodos diagnóstico del cáncer de estómago subió exponencialmente de 128 a 340, siendo significativo, si se tiene en cuenta que el desconocimiento de este bajo de 253 a 41, señalando el buen comportamiento de este ítem.

Con la muestra expuesta en este aparte de la investigación, se evalúa la apropiación social del conocimiento de los habitantes del resguardo indígena respecto a la estrategia educativa sobre cáncer de estómago, en cuanto a prevención, manejo y diagnóstico, que corresponde al tercer objetivo específico.

3. Discusión

Este estudio representa el inicio de la primera campaña de promoción y mantenimiento de la salud centrada en el cáncer gástrico, diseñada y dirigida específicamente para los habitantes del resguardo indígena del municipio de Túquerres, siendo la primera campaña de prevención y cuidado de la salud que se desarrolla en esta comunidad con este enfoque.

El Instituto Nacional de Cancerología (INC) publicó en 2012 un modelo para el control del cáncer en Colombia, el cual indica que este control debe incluir una serie de acciones organizadas orientadas a disminuir la incidencia de la enfermedad (Plan Nacional para el control del cáncer, 2012-2020). Tiene como objetivo disminuir la incidencia, mortalidad y mejorar la calidad de vida de quienes padecen cáncer. Se centra en cinco áreas principales: prevención, diagnóstico temprano, atención integral, mejora en la calidad de vida de los pacientes, y gestión del conocimiento, estableciendo metas específicas para optimizar el manejo de la enfermedad en el país.

El estudio realizado sobre el conocimiento y la satisfacción de la población en relación con el cáncer gástrico ha revelado una serie de hallazgos de gran relevancia que aportan datos fundamentales para la planificación de futuras estrategias en salud pública. Entre los aspectos más destacados, se identificó un conocimiento limitado por parte de la comunidad en torno a los conceptos clave sobre el cáncer gástrico donde un 80.7% de los participantes manifestaron no tener información sobre la enfermedad. Este dato resalta la urgencia de implementar campañas educativas más efectivas que mejoren la comprensión y conciencia pública sobre el cáncer gástrico.

Por otra parte, este estudio presenta mucha similitud con el estudio “Papel de la interculturalidad en el control del cáncer en pueblos indígenas”.

El desconocimiento sobre el cáncer gástrico, sus factores de riesgo, síntomas y tratamientos, se debe principalmente a la insuficiente capacitación proporcionada por las entidades de salud y las instituciones gubernamentales, especialmente en el ámbito de la atención primaria. Esta deficiencia en la educación sanitaria limita la prevención y detección temprana, subrayando la necesidad urgente de mejorar las estrategias de información dirigidas a la población.

La investigación tuvo como propósito implementar medidas preventivas de salud relacionadas con el cáncer gástrico en la comunidad indígena del municipio de Túquerres en 2024. Para ello, se aplicó un cuestionario a 119 habitantes de la comunidad, compuesto por 37 preguntas distribuidas en cinco áreas clave.

Respecto al perfil sociodemográfico de los encuestados, se identificó que el 100% recibe atención médica a través de EPS del régimen subsidiado y la mayoría pertenece al estrato uno, reflejando una situación económica vulnerable. En cuanto a su nivel educativo, el 47.7% ha completado la secundaria básica, el 46.2% cuenta con primaria, y solo el 2.5% ha alcanzado estudios de pregrado. Este bajo nivel educativo resulta un factor determinante en los problemas de salud, ya que, a menor formación académica, aumenta el riesgo de no adoptar medidas preventivas adecuadas, debido principalmente a la falta de información disponible.

La situación del cáncer gástrico en la población rural del municipio de Túquerres en 2024 es preocupante, dado que el 100% de los encuestados reportó no tener información sobre esta enfermedad, a pesar de que su incidencia es elevada en la región. Esta falta de concienciación no solo aumenta la vulnerabilidad de la población, sino que también representa un riesgo significativo en términos de salud pública. La detección temprana y el conocimiento sobre los síntomas del cáncer gástrico son elementos fundamentales para garantizar un diagnóstico oportuno, mejorar las posibilidades de un tratamiento eficaz y reducir las tasas de mortalidad. Por tanto, la ausencia de este conocimiento básico en la comunidad refuerza la necesidad urgente de implementar programas educativos y preventivos que promuevan la detección temprana y sensibilicen a la población sobre los riesgos y síntomas asociados al cáncer gástrico. Por otro lado, Muñoz et al. (2012) afirman que el 38% sabe que es una enfermedad muy frecuente en Colombia.

Por otro lado, se observó que un 90.8% desconoce qué es la bacteria *Helicobacter pylori*, caso que contrasta con Camues y Salas (2024), los cuales señalan que tan solo un 26% no sabe qué es esta bacteria y qué causa. Pues esto refleja la falta de conocimiento que se puede presentar en la comunidad indígena, donde entran factores como la ubicación de su cabildo, material de educación y buenas condiciones de salud pública.

Los comportamientos de las personas y la falta de conocimiento son factores determinantes que aumentan la probabilidad de contraer diversas enfermedades. En particular, la ignorancia sobre patologías específicas, como el cáncer gástrico, puede llevar a la detección tardía y a un manejo inadecuado de la enfermedad, lo que se traduce en peores pronósticos y resultados para los pacientes. A lo largo de la implementación de talleres comunitarios, se evidenció que el uso de estrategias educativas adecuadas puede generar un cambio significativo en la comprensión que la población tiene sobre esta enfermedad.

Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del sistema de salud. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Pero por el contrario con estas rutas de atención en salud tras haber desarrollado nuestro estudio se reveló que en comunidades vulnerables estas acciones son visiblemente faltantes puesto que el 100% de los encuestados respondió que no ha participado jamás de una campaña de promoción y mantenimiento esto causen total contraste con estos modelos de atención a la salud dado que La Liga Colombiana Contra El Cáncer (LCC), adelanta campañas educativas como parte de su objetivo misional para educar a la población sobre la importancia de la prevención y detección temprana del cáncer que apoyen el control integral de esta enfermedad. El voluntariado es pieza fundamental en estas jornadas de capacitación que benefician directamente a la comunidad.

En una sociedad donde los índices de cáncer son tan elevados pues Bedoya (2012), afirma que la incidencia en este sector es de ciento cincuenta por cien mil habitantes. Es necesario conocer métodos de prevención y autocuidado esto contrastando totalmente con nuestro estudio el cual reveló que el 90.8% nunca ha sido informado sobre factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento y prevención del cáncer gástrico.

Los hallazgos obtenidos durante estas intervenciones resaltan el impacto positivo que las iniciativas educativas pueden tener en la sensibilización y concienciación de la comunidad sobre

el cáncer gástrico. Tras la implementación de los talleres, los resultados muestran un notable aumento en el conocimiento de los participantes sobre la patología. Se observó que, tras la intervención, los participantes lograron una comprensión más profunda de los factores de riesgo, las causas y los tratamientos asociados con el cáncer gástrico.

Esta mejora significativa en la percepción y el entendimiento de la enfermedad es un indicativo claro de que las intervenciones educativas son herramientas efectivas para mejorar el conocimiento y la conciencia pública. A medida que se fortalecen los conocimientos sobre el cáncer gástrico, se empodera a la comunidad para que tome decisiones informadas sobre su salud, reconociendo la importancia de la detección temprana y el tratamiento oportuno. En consecuencia, es fundamental continuar desarrollando y promoviendo este tipo de iniciativas, ya que no solo incrementan la comprensión de la enfermedad, sino que también contribuyen a la prevención y al mejoramiento de la calidad de vida de la población en general.

La educación y la sensibilización juegan un papel crucial en la lucha contra el cáncer gástrico. A través de intervenciones bien diseñadas y ejecutadas, es posible cerrar la brecha de conocimiento y generar un entorno comunitario más informado y proactivo. Así, se establece una cultura de prevención que no solo beneficia a los individuos, sino que también fortalece a la comunidad en su conjunto, creando un legado de salud y bienestar a largo plazo.

4. Conclusiones

Después de desarrollar una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres durante el año 2024, con el propósito de fomentar la concientización, la prevención y la adopción de prácticas saludables entre los habitantes indígenas, contribuyendo así a reducir la incidencia y mejorar el manejo de esta enfermedad en la comunidad, se concluye:

El resultado de los cuestionarios después de las jornadas pedagógicas corroboró la efectividad en la sensibilización de la población en estudio, sobre la importancia de erradicar el *Helicobacter pylori*, reconocer los síntomas, conocer el tratamiento y otros temas, donde se mejoró hasta en un 200%.

Igualmente, las intervenciones educativas fueron un recurso valioso para promover cambios positivos en los hábitos de vida, especialmente en esta comunidad con limitado acceso a información y mayor vulnerabilidad al cáncer gástrico. Es así como el uso de material audiovisual garantizó un alcance efectivo y una retención significativa de la información en esta población, al igual que el uso de folletos informativos los cuales sensibilizaron a la comunidad en estudio para eliminar los factores de riesgo y así mitigar el impacto del cáncer gástrico en esta comunidad.

La campaña de concientización sobre el cáncer gástrico en la vereda Puente Alto tuvo un efecto positivo al fomentar una cultura de prevención y autocuidado, lo que no solo mejorará el bienestar inmediato de los residentes, sino también su calidad de vida a largo plazo.

5. Recomendaciones

La implementación de la educación continua, debe ser una prioridad, con aspectos importantes del cáncer gástrico, enfocados especialmente en factores de riesgo y métodos de prevención, para fomentar el diagnóstico temprano y así disminuir la alta mortalidad de esta patología.

Se recomienda la articulación entre la atención médica preventiva y las organizaciones comunitarias y líderes locales, para hacer más efectivo el diagnóstico temprano en las zonas apartadas y rurales, como prioridad, para una respuesta adaptada a las necesidades de la población campesina e indígena.

Se recomienda la puesta en marcha de la educación médica continua, dirigida por la secretaria de salud departamental, con simposios y charlas orientada por gastroenterólogos de prestigio. La capacitación continua de los profesionales de la salud es indispensable para garantizar una atención de calidad. Invertir en la formación de estos profesionales no solo mejora la detección y tratamiento de enfermedades gastrointestinales, sino que también fortalece el sistema de salud en su conjunto, ofreciendo una respuesta más efectiva y equitativa.

Se recomienda incorporar la lengua materna y las prácticas tradicionales de salud para generar una mayor confianza en el sistema de salud y aumentar el impacto positivo de las intervenciones preventivas.

Se recomienda, las jornadas de salud con charlas educativas, periódicamente, en centros de salud apartados, haciendo una buena difusión y así mejorar la calidad de vida en estos sitios olvidados por el gobierno central.

Referencias

- Alcaldía de Túquerres. (22 de Julio de 2020). *Plan de Desarrollo Somos Túquerres Para un Buen Vivir 2020-2023*. Obtenido de <http://www.tuquerres-narino.gov.co/noticias/plan-de-desarrollo-somos-tuquerres-para-un-buen-vivir>
- Alva, J. (2022). Factores epidemiológicos y educativos asociados al nivel de conocimiento de prevención de cáncer gástrico en los internos de la Facultad de Medicina Humana 2020-2021. *Universidad Ricardo Palma (Lima-Perú)*, <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5112>.
- Ase, I., & Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, *5(1)*, 27-47, <https://doi.org/10.18294/sc.2009.229>.
- Azer, S., Awosika, O., & Akhondi, H. (2024). Gastritis. *StatPearls [Internet]*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544250/>.
- Balanzá, R., Somerville, N., Rojas, F., & Aguilar, N. (2020). Características endoscópicas del linfoma gástrico primario. *Endoscopia*, *32(1)*, <https://doi.org/10.24875/end.20000013>.
- Barona, R. (2011). Revision a la reforma en salud: ley 1438 de 2011. *Revista Médico Legal*, link.gale.com/apps/doc/A307524637/IFME?u=anon~abd7fa2f&sid=googleScholar&xid=3cedd455. Accessed 21 Oct. 2024.
- Bedoya, H. ..., Calvache, C., Anduquia, F., Hurtado, N., Bedoya, S., Ramírez, C., . . . Borráez, B. (2020). Lesiones premalignas y malignas del estómago en pacientes sin tamización para cáncer gástrico. *Rev Colomb Cir*, 570-574, <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/583>.
- Berrospi, M. (2018). Factores asociados a conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, setiembre-noviembre 2017. *Universidad Ricardo Palma*, <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1239>.
- Brito, A., & Balbuena, C. (2019). Factores de riesgo asociados a metaplasia intestinal gástrica en el Centro Endoscópico Digestivo Integral en el periodo abril-septiembre del 2019. *Repositorio Institucional RI-UNPHU*, <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/3597>.

- Camues, K., & Salas, L. (2024). *Prevención de la salud sobre el cáncer gástrico en la vereda Puente Alto del municipio de Túquerres, año 2024*. San Juan de Pasto: Universidad Mariana <https://hdl.handle.net/20.500.14112/28401>.
- Canseco, L., Zamudio, F., Sánchez, R., Trujillo, M., Domínguez, S., & López, C. (2019). Epidemiología de cáncer gástrico en el tercer nivel de atención en salud en Chiapas. *Revista de Gastroenterología de México*, 84(3), 310-316, <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2018.06.006>.
- Cantos, B., Sánchez, A., Maximiliano, C., Hurtado, A., & Sánchez, M. (2006). Carcinoma de origen desconocido: diagnóstico y manejo terapéutico. *Oncología (Barc.)*, 29(3), 11-22, https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352006000300002.
- Cárdenas, C., Cárdenas, J., & Játiva, J. (2021). Cáncer gástrico: una revisión bibliográfica. *Dominio de las Ciencias*, 7(1), 23, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8231665>.
- Casanova, X., Rivera, D., Pérez, A., Revilla, A., González, J., & Vaquero, C. (2012). Síndrome de Trousseau. *Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas*, 15(2), 103-108, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3964677>.
- Castro, M., & Barletta, C. (2018). Síndrome de Lynch: aspectos genéticos, clínicos y diagnósticos. *Rev. gastroenterol. Perú*, 38(3), 265-279, http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000300008.
- Celis, C., & Celis, J. (2022). Estrategia didáctica para la prevención del cáncer gástrico en el departamento de Norte de Santander. *Universidad Piloto de Colombia*, <http://repository.unipiloto.edu.co/handle/20.500.12277/11507>.
- Chávez, J., López, J., & Quevedo, N. (2021). *Estrategias del personal de la salud en promoción y prevención en cáncer gástrico a nivel mundial: Revisión Integrativa 2011-2021*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/58267/TRABAJO%20FINAL.pdf?sequence=1>.
- Cobeñas, S., & Jara, N. (2021). Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en pacientes atendidos en el hospital de Emergencias Grau Lima-2021. *Universidad César Vallejo*, <https://hdl.handle.net/20.500.12692/61948>.
- Consitución Política de Colombia. (6 de Julio de 1991). *Asamblea Nacional Constituyente*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>

- Cotrina, A. (2017). Conocimientos sobre prevención de Cáncer Gástrico en los alumnos de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas filial Huánuco– 2017. *Universidad Alas Peruanas*, <https://hdl.handle.net/20.500.12990/581>.
- Espinoza, M. (2018). *Efectividad de la erradicación del Helicobacter pylori en la prevención del cáncer gástrico en pacientes adultos*. Universidad Norbert Wiener, <https://hdl.handle.net/20.500.13053/2042>.
- Florez, J., & Ortíz, K. (2020). Características sociodemográficas y conocimientos sobre la prevención de cáncer gástrico en usuarios de un centro de salud del Perú. *CASUS: Revista de Investigación y Casos en Salud*, 5(1), 1-7, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7770642>.
- Forga, L., Anda, E., & Martínez, J. (2005). Síndromes hormonales paraneoplásicos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra [online]*, 28(2), 213-226, https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272005000300006.
- Gámez, D., Dueñas, O., & Álvarez, M. (2021). Actualización sobre los factores de riesgo asociados a la mortalidad del cáncer gástrico. *Rev. habanera cienc. méd ; 20(5)*, <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1352079>.
- Goytortúa, F. (2023). El consentimiento informado en el entorno de la vacunación obligatoria, el código de Nuremberg y el derecho internacional. *Jurídica Ibero*, 14, <https://juridica.ibero.mx/index.php/juridi/article/view/182>.
- Guerra, G., Silva, E., Montero, S., Rodríguez, D., Mansilla, R., & Nieto, V. (2020). Metástasis: un hito para el conocimiento, un reto para la ciencia. *Revista Cubana de Medicina*, 59(1), 1-20, <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97316>.
- Helsinki, D. y World Medical Association. (Julio de 1975). *Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Obtenido de https://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
- Hernández, J., Jaramillo, L., Villegas, J., Álvarez, L., Roldán, M., Ruiz, C., . . . Martínez, L. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina (Col)*, 20(2), 490-504, <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>.
- Instituto Nacional del Cáncer. (29 de Abril de 2015). *Inflamación*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/inflamacion-cronica>

- Jiménez, M., Romero, A., & Brenes, M. (2019). Prevención del cáncer gástrico y erradicación de *Helicobacter pylori*. *Revista Médica Sinergia*, 4(11), <https://doi.org/10.31434/rms.v4i11.293>.
- Ley 100. (23 de Diciembre de 1993). *Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de Diario Oficial 41148
- Ley 1384. (19 de Abril de 2010). *Ley Sandra Ceballos, por la cuál se establecen las acciones para la atención integral del cancer en Colombia*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39368>
- Londoño, C., Arroyave, J., & Macías, J. (2018). *Sistemas de estadificación de cáncer o neoplasias y su aplicabilidad en la calificación de las deficiencias, según el capítulo I del Decreto 1507 de 2014*. Universidad CES, <http://hdl.handle.net/10946/4199>.
- López, P., Leturia, M. I., Astiazaran, A., Aguirre, M., & Zibozarreta, M. (2023). Adenocarcinoma gástrico: revisión del TNM y de las vías de diseminación. *Radiología*, 65(1), 66-80, <https://doi.org/10.1016/j.rx.2022.10.005>.
- Martínez, J. (2012). *Anatomía y Fisiología. El aparato sensorial*. <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-nacional-autonoma-de-mexico/desarrollo-humano/sentidos/51698334>.
- Medina, A., López, D., Mosquera, S., Mora, D., & Dueñas, R. (2017). Virus de Epstein-Barr y su relación con el desarrollo del cáncer. *Iatreia*, 30(2), 131-145, <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a03>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Minsalud avanza en la construcción del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo para una Colombia Potencia Mundial de la Vida*. Bogotá: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-avanza-en-la-construccion-del-Modelo-de-Salud-Preventivo-y-Predictivo.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social/Instituto Nacional de Cancerología. (2012). *Plan Nacional para el control de cáncer en Colombia*. Bogotá: 1-85, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>.
- Molina, K., Sifonter, R., & Bech, S. (2022). Linitis plástica gástrica en una paciente de 58 años de edad. *Revista Médica Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*, 161(4), 470-472, <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i4.565>.

- Morales, M., Corrales, S., Vanterpoll, M., Avalos, R., Salaberth, I., & Hernández, O. (2018). Cáncer gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y *Helicobacter pylori*. *Rev Méd Electrón [Internet]*, 40(2), 433-444, <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2018/me182r.pdf>.
- Muñoz. (2012). Grado de conocimiento acerca del cáncer gástrico en Popayán, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 14(3), 9-14, <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/64>.
- Muñoz, E., Díaz, J., & Ordóñez, R. (2012). Grado de conocimiento acerca del cáncer gástrico en Popayán Colombia. *Revista Digital*, 1, 9-14.
- Olano, D. (2018). Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca 2018. *Universidad Nacional de Cajamarca*, <http://hdl.handle.net/20.500.14074/2779>.
- Oliveros, R., Grillo, C., Vallejo, M., Gil, F., Cardona, M., Páramo, D., . . . Rengifo, A. (2022). Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico. *Revista Colombiana de Cancerología*, 26(1), 39-96, <https://doi.org/10.35509/01239015.754>.
- OMS. (2020). *Análisis de Situación de Salud ASIS Colombia 2020*. Bogotá: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>.
- Palmero, J., Tron, M., & Tovar, S. (2018). Cáncer gástrico. *Atención Familiar*, 25(4), 169-175, <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af184i.pdf>.
- Pio, L. (2018). *Conocimiento y actitudes sobre prevención de cáncer de estómago en estudiantes de 4to y 5to año de educación secundaria de la institución educativa César Vallejo Humano-Huánuco-2017*. Huánuco-Perú: Universidad de Huánuco, <https://es.scribd.com/document/539421804/T047-70745119-T>.
- Resolución 003202. (25 de Julio de 2016). *Rutas integrales de atención en salud - RIAS*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud-rias.aspx>
- Resolución 8430. (4 de Octubre de 1993). *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Rodríguez, U., & Cruz, J. (2007). Tumor de Krukenberg de origen colónico. *Rev Hosp Jua Mex* 2007; 74(1), 40-43, <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2007/ju071i.pdf>.

Rojas, V., & Montagné, N. (2019). Generalidades del cáncer gástrico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 9(2), 22-29, <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr192d.pdf>.

Salas, E., Echeverría, M., & Acosta, S. (2020). Cirugía laparoscópica en cáncer gástrico. *Revista Médica Sinergia*, 5(10), 1-10, <https://doi.org/10.31434/rms.v5i10.457>.

Sanz, E. (2021). *Variación en la motilidad del esfínter esofágico superior durante la inducción anestésica*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=290797>.

Toda Colombia. (2019). La cara amable de Colombia. *TodaColombia*, <https://www.todacolombia.com/index.html>.

Torres, E. (2023). *Factores de riesgo asociados a cáncer gástrico en pacientes del Hospital Luis N. Sáenz Periodo 2017-2021*. Lima: Universidad Ricardo Palma, <https://hdl.handle.net/20.500.14138/6403>.


Vivar, V., & Pugo, E. (2023). *Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de estómago*. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/3e865bb0-1b34-4ffc-8d3d-511bf56daaa4/content>.

WHA53.17- OMS. (20 de Mayo de 2000). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles*. Obtenido de https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/wha53/reswha53/s17.pdf

Yépez, M., Jurado, D., Bravo, L., & Bravo, L. (2018). Tendencia de la incidencia y mortalidad por cáncer en Pasto, Colombia; 15 años de experiencia. *Colombia Médica*, 49(1), 42-54, <https://doi.org/10.25100/cm.v49i1.3616>.

Anexos

Anexo A Consentimiento informado

	FORMATO INSTITUCIONAL PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	
	Fecha: 27 de noviembre de 2023	Versión:
PROCESO: Gestión de la Investigación	Procedimiento: Investigación en sentido estricto	

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

INVESTIGACIÓN TITULADA

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA CAMPAÑA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO
DE LA SALUD DEL CÁNCER GÁSTRICO EN EL RESGUARDO INDÍGENA DEL
MUNICIPIO DE TÚQUERRES, AÑO 2024**

Las personas, abajo firmantes, registradas con número de documento, número de celular y rol que desempeñan, manifiestan que han sido invitados (as) a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se le ha dado la siguiente información:

Propósito: Dar a conocer a la población objeto de estudio, la importancia y características de la investigación, la cual favorece el desarrollo social del participante.

Usted pueda decidir voluntariamente si desea participar en la investigación, si después de leer este documento presenta alguna duda, pida aclaración a los investigadores, quienes brindaran todas las explicaciones que se requieran para que tome la decisión de su participación, una vez Usted este de acuerdo con el procedimiento de:

- Aplicación de Instrumento que incluye 39 preguntas sociodemográficas y de conocimiento.

Importancia de la investigación:

Objetivo y justificación de la investigación: Esta investigación pretende implementar una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, año 2024 en el departamento de Nariño. En la investigación se incluirán personas pertenecientes al Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, que se encuentren en un rango de edad entre 20 y 60 años, quienes tienen la capacidad de decidir su participación voluntaria en la presente investigación y en caso de que presente un compromiso motor que le impida firmar el consentimiento, puede delegar un acudiente para la firma de dicho consentimiento. Igualmente se tendrá en cuenta que la investigación no tiene implicaciones en los aspectos morales, religiosos y culturales de la población evaluada. A las personas que decidan participar en la investigación se les realizará una encuesta y un cuestionario para recolectar información relacionada con el cáncer gástrico, esto se realizará antes y después de la aplicación de las estrategias para fomentar el conocimiento sobre este tema.

Responsables de la investigación: El estudio es dirigido y desarrollado por Alex Ricardo Rebolledo Ortega, Anyelo Alexis Solarte Zamora y Angela Camila Zambrano Benavides estudiantes del programa de radiodiagnóstico y radioterapia de la Universidad Mariana. Cualquier inquietud que Usted tenga puede comunicarse con Alex Ricardo Rebolledo Ortega al teléfono celular 3156137231, en la ciudad de Pasto.

Riesgos y Beneficios: La encuesta que incluye la obtención de información sobre sus datos, no implican riesgo alguno para Usted; las respuestas dadas no tendrán ninguna consecuencia para su situación personal. El beneficio más importante para Usted es que si hay presencia de algún tipo de alteración en las áreas indagadas, se le dará a conocer para que pueda utilizar dicha información en su vida diaria, compartir información y conocimiento a sus familiares y amigos.

Confidencialidad: Su identidad estará protegida, porque en el estudio solo se utilizará un código numérico para identificarlo en la investigación. La información obtenida será almacenada

en una base de datos que se mantendrá por cinco años más después de terminada la presente investigación. Los datos individuales sólo serán conocidos por la investigadora, mientras dura el estudio, quien, en todo caso, se compromete a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.

Derechos y deberes: Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a la responsable de la investigación. En caso que requiera algún tipo de tratamiento, las investigadoras no tendrán responsabilidad alguna.

Se lee y explica el presente consentimiento informado y no se le hará entrega de una copia del mismo con el fin de racionalizar el uso del papel como estrategia para el cuidado del medio ambiente, por lo tanto, se le pedirá que firme su consentimiento en el registro de firmas adjunto.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar en esta investigación.

Fecha	Nombre	Firma	Número de identificación	Número de celular	Rol Participante / testigo

Anexo B Formato de Encuesta

	FORMATO INSTITUCIONAL PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	
	Fecha: 27 de noviembre de 2023	Versión:
PROCESO: Gestión de la Investigación	Procedimiento: Investigación en sentido estricto	

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PERTENECIENTES DEL RESGUARDO INDIGENA DEL MUNICIPIO DE TÚQUERRES

UNIVERSIDAD MARIANA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE TECNOLOGÍA EN RADIODIAGNÓSTICO Y RADIOTERAPIA

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CAMPAÑA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEL CÁNCER GÁSTRICO EN EL RESGUARDO INDÍGENA DEL MUNICIPIO DE TÚQUERRES, AÑO 2024

Objetivo: Implementar una campaña de promoción y mantenimiento de la salud del cáncer gástrico en el Resguardo Indígena del municipio de Túquerres, año 2024.

Encuesta: la información recolectada será de uso único y exclusivo de los investigadores, para recopilar información necesaria para el desarrollo de la investigación, los datos que usted proporciona tendrán absoluta confidencialidad.

Instructivo: En la encuesta usted encontrara una serie de preguntas las cuales tienen varias opciones de respuesta, lea detenidamente cada pregunta y encierre con un círculo la opción que según su conocimiento sea válida, tenga en cuenta que este cuestionario no tiene preguntas correctas o erróneas, solo pretende brindar información al grupo investigador acerca de su nivel de conocimiento en temas relacionados con el Cáncer de gástrico.

Ítems: las preguntas que se encuentran en el cuestionario tienen como objetivo evaluar aspectos como: conocimiento del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico temprano, prevención y tratamiento del mismo, de los sujetos de estudio que intervienen en la investigación del resguardo indígena del municipio de Túquerres.

N°

Lugar de aplicación: Resguardo indígena del municipio de Túquerres.

Fecha:

1. Género.

- a) Masculino.
- b) Femenino.
- c) Otro.

2. Edad.

¿A qué estrato pertenece?

¿En qué zona se encuentra ubicada su de residencia?

- a) Zona rural
- b) Zona urbana

3. ¿Qué nivel de estudio tiene?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Pregrado
- d) Otros

4. ¿Estado civil?

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Unión libre
- d) Otros

5. ¿A qué se dedica?

- a) Trabajador

- b) Ama de casa
 - c) Desempleado
 - d) Otros
- 6. ¿Cuenta con una EPS?**
- a) Si
 - b) No
- 7. Si la anterior respuesta fue afirmativa. Responda**
- a) Emssanar
 - b) Nueva EPS
 - c) Mallamas
 - d) Sanitas
 - e) Otra.
- 8. ¿Fuma tabaco?**
- a) Si
 - b) No
- 9. ¿Practica ejercicio físico?**
- a) Si
 - b) No
- 10. ¿Lleva una dieta saludable?**
- a) Si
 - b) No
- 11. ¿Sabe usted que es el cáncer?**
- a) Si
 - b) No
- 12. Si la respuesta anterior fue afirmativa. Responda ¿Qué es el cáncer?**
- a) Una enfermedad causada por bacterias.
 - b) Una condición genética hereditaria.
 - c) Un crecimiento descontrolado de células anormales.
 - d) Una reacción del cuerpo frente a una infección
- 13. ¿Conoce usted acerca del cáncer gástrico?**
- a) Si

b) No

14. ¿Conoce usted acerca de la bacteria *Helicobacter Pylori*?

a) Si

b) No

15. Si la anterior respuesta fue afirmativa. Responda: Para usted ¿Qué es la bacteria *Helicobacter Pylori*?

a) Un tipo de virus que afecta su capacidad de pensar

b) Una bacteria que ataca el estomago

c) Un parásito que se encuentra en el intestino delgado

d) Una bacteria que causa enfermedades respiratorias

16. ¿Conoce usted acerca de los principales factores de riesgo para contraer cáncer gástrico?

a) Si

b) No

17. Si la respuesta anterior fue afirmativa. Responda: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo?

a) Consumo de agua potable

b) Práctica regular de ejercicio físico

c) Elevado consumo de frutas y verduras

d) Elevado consumo de sal

18. ¿Cuál de los siguientes cree usted que es un factor de riesgo para contraer cáncer gástrico?

a) Antecedentes familiares

b) Consumo frecuente de alimentos conservados

c) Edad y género

d) Exposición y consumo de alimentos contaminados

19. ¿Tiene antecedentes familiares con cáncer gástrico?

a) Si

b) No

20. ¿Has sido diagnosticado/a previamente con enfermedades gástricas, como la gastritis crónica o la úlcera gástrica?

- a) Sí
- b) No

21. ¿Considera usted que los estilos de vida influyen en la presencia del cáncer gástrico?

- a) Si
- b) No

22. ¿Sabes si el cáncer gástrico tiene una tendencia genética o hereditaria?

- a) Sí
- b) No

23. ¿Conoce usted acerca de los síntomas principales que puede causar el cáncer gástrico?

- a) Si
- b) No

24. Si la respuesta anterior fue afirmativa. Responda: ¿cuáles son los síntomas principales del cáncer gástrico?

- a) Dolor en la zona baja del estómago persistente y pérdida de peso inexplicada
- b) Coloración amarillenta de la piel
- c) Falta de aire
- d) Picazón en la piel

25. ¿Conoce usted acerca de los métodos de diagnóstico del cáncer gástrico?

- a) Si
- b) No

26. ¿Considera usted que el cáncer gástrico es curable?

- a) Si
- b) No

27. ¿Conoce usted qué tratamientos se usan para erradicar el cáncer gástrico?

- a) Si
- b) No

28. Si la anterior respuesta fue afirmativa. Responda: ¿Qué tratamientos conoce usted para erradicar el cáncer gástrico?

- a) Cirugía
- b) Radioterapia

- c) Terapia dirigida a base de medicamentos
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

29. ¿Cuál de las siguientes prácticas se considera una medida de prevención primaria del cáncer gástrico?

- a) Consumir alimentos ahumados y procesados
- b) Mantener una dieta rica en frutas y verduras
- c) Fumar tabaco de manera regular
- d) Evitar el ejercicio físico

30. ¿Has participado alguna vez en programas de concientización o recibido información sobre la prevención del cáncer gástrico?

- a) Sí
- b) No

31. ¿Anteriormente en su Resguardo se han desarrollado campañas de promoción y mantenimiento para la prevención del cáncer gástrico?

- a) Si
- b) No

32. ¿Considera usted que está bien informado acerca del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer gástrico?

- a) Si
- b) No

33. ¿Considera importante la participación en programas de concientización y educación sobre la prevención del cáncer gástrico?

- a) Si
- b) No

34. ¿Le interesaría a usted obtener información acerca del cáncer gástrico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer gástrico?

- a) Si
- b) No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN