



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE FARMACIA**

**DISEÑO DE LA CAMPAÑA DE CONCIENTIZACIÓN SOCIAL PARA LA
DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS EN VENEZUELA CON
“LIDCAD” DURANTE EL AÑO 2015**

AUTORES:

Lic. FERREIRA CASTILLO LIBIA
Ftica. MARQUES GONCALVES CATERINE
Lic. TORO HERRERA DANIEL

Caracas, Noviembre de 2014



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE FARMACIA
POSTGRADO EN MERCADEO FARMACÉUTICO**



**DISEÑO DE LA CAMPAÑA DE CONCIENTIZACIÓN SOCIAL PARA LA
DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS EN VENEZUELA CON
“LIDCAD” DURANTE EL AÑO 2015**

AUTORES:

Lic. FERREIRA CASTILLO LIBIA

Ftico. MARQUES GONCALVES CATERINE

Lic. TORO HERRERA DANIEL

Trabajo presentado ante la ilustre Universidad Central de Venezuela para optar al
título de Especialista en Mercadeo Farmacéutico

TUTOR:

Lic. Esp. en Mercadeo PEÑA DANIEL



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE FARMACIA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por la Farmacéutica **CATERINE KATIUSKA MARQUES GONCALVES C.I. 17.400.148**, bajo el título **“DISEÑO DE LA CAMPAÑA DE CONCIENTIZACIÓN SOCIAL PARA LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DEL CIGARRILLOS EN VENEZUELA CON “LIDCAD” DURANTE EL AÑO 2015”**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN MERCADEO**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día **22 de enero de 2015** a la **10:00 a.m.**, para que **la autora** lo defendiera en forma pública, lo que **la autora** hizo en la Sala de Videoconferencia, ubicado en el sótano, de la Facultad de Farmacia, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual **respondió** a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO** por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por **la autora**, que **se ajusta** a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado representa un aporte social al permitir la incorporación de una herramienta efectiva como coadyuvante en el tratamiento de la adicción tabáquica.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE FARMACIA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por la Licenciado en Estudios Internacionales **DANIEL ALEXANDER TORO HERRERA C.I. 18.093.351**, bajo el título **“DISEÑO DE LA CAMPAÑA DE CONCIENTIZACIÓN SOCIAL PARA LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS EN VENEZUELA CON “LIDCAD” DURANTE EL AÑO 2015”**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN MERCADEO**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día **22 de enero de 2015** a la **10:00 a.m.**, para que **el autor** lo defendiera en forma pública, lo que **el autor** hizo en la Sala de Videoconferencia , ubicado en el sótano, de la Facultad de Farmacia, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual **respondió** a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO** por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por **el autor**, que **se ajusta** a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado representa un aporte social al permitir la incorporación de una herramienta efectiva como coadyuvante en el tratamiento de la adicción tabáquica.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE FARMACIA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por la Licenciada en Química **LIBIA ROSMERY FERREIRA CASTILLO** C.I. 16.674.469, bajo el título "**DISEÑO DE LA CAMPAÑA DE CONCIENTIZACIÓN SOCIAL PARA LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DEL CIGARRILLOS EN VENEZUELA CON "LIDCAD" DURANTE EL AÑO 2015**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN MERCADEO**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día **22 de enero de 2015** a la **10:00 a.m.**, para que **la autora** lo defendiera en forma pública, lo que **la autora** hizo en la Sala de Videoconferencia, ubicado en el sótano, de la Facultad de Farmacia, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual **respondió** a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

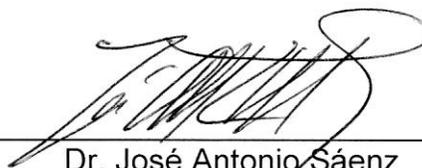
2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO** por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por **la autora**, que **se ajusta** a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado representa un aporte social al permitir la incorporación de una herramienta efectiva como coadyuvante en el tratamiento de la adicción tabáquica.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los **veintidós** días del mes de **enero** del año **2015**, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Tutor Coordinador del Jurado el Especialista Daniel Peña.



Esp. Sigfrido Miranda
C.I. V- 11.940.954
UNIDAD OFTALMOLÓGICA
VISIÓN PARAÍSO



Dr. José Antonio Sáenz
C.I. V- 9.878.021
LABORATORIOS ROEMMERS



Esp Daniel Peña
C.I. V- 7.031.455
Tutor- Coordinador
DISTRAME C.A



DEDICATORIA

Este Trabajo de especialización que representa un esfuerzo por superarnos tanto en nuestras vidas profesionales como en lo personal, se lo dedicamos primeramente a Dios que nos ha dado la fuerza para no decaer en los momentos difíciles, nos ha guiado para superar todos los obstáculos y nos da la sabiduría para tomar las mejores decisiones.

A nuestros padres, por creer y confiar siempre en nosotros apoyándonos en todas las decisiones que hemos tomado en la vida.

A nuestra familia por todo el valioso apoyo brindado desde el comienzo de este reto tan importante para nosotros.

A nuestros profesores y amigos porque siempre formaron parte de este proyecto con todo el apoyo que nos brindaron.

Caterine, Daniel y Libia

AGRADECIMIENTOS

A nuestro tutor Lic. Esp. Daniel Peña, quien apostó a la realización de nuestro Trabajo Especial de Grado y nos brindó un apoyo incondicional en todo momento, muchísimas gracias por tu paciencia, apoyo, dirección y entrega en la elaboración de nuestro proyecto, sin su colaboración y guía hubiese sido imposible culminar nuestro trabajo.

Igualmente agradecemos a la profesora Hermelinda Camirra, por su apoyo para la realización de este trabajo especial grado.

También queremos extender nuestro más sincero agradecimiento a la Facultad de Farmacia Dirección de Post Grado, por habernos permitido ingresar en él y a sus profesores por habernos impartido todos sus conocimientos y ser nuestros guías.

A los profesores Luis Alen, Marisol Benaim y María Ochoa por todo su apoyo, paciencia y por siempre estar pendiente de nosotros, muchas gracias.

Al doctor Rubén Regardiz y al Ing. Nicolás Testagrossa un especial agradecimiento por todo el aporte brindado en el desarrollo del programa Respiremos Juntos y su plataforma Web.

Finalmente, a todos nuestros familiares, parejas y amigos que de una u otra manera colaboraron para que este trabajo fuese posible.

Caterine, Daniel y Libia

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE FARMACIA
POSTGRADO DE MERCADEO**

**DISEÑO DE LA CAMPAÑA DE CONCIENTIZACIÓN SOCIAL PARA LA
DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS EN VENEZUELA CON
“LIDCAD” DURANTE EL AÑO 2015**

Autores:

Lic., Ferreira, Libia
Fcto, Márques, Caterine
Lic., Toro, Daniel

Tutor:

Lic., Peña Daniel
Caracas, Noviembre 2014

RESUMEN

El desarrollo de este estudio tuvo como objetivo principal el diseño de una campaña de ayuda al paciente fumador que busca abandonar el hábito del cigarrillo. La importancia de la investigación se centra en la incorporación del entorno del paciente dentro de la terapia. La combinación de elementos comunicacionales con la terapia farmacológica, permitió diseñar un programa holístico que abordara todas las necesidades y puntos débiles de paciente. Se realizaron 137 encuestas a fumadores en la ciudad de Caracas con el objetivo de obtener las principales causas por las que fuman, influencia del entorno y las razones por las cuales reincidió en el hábito del cigarrillo en el caso de aquellos fumadores que afirmaron haber podido dejar de fumar temporalmente. Mediante la aplicación de la encuesta se realizó la definición de los distintos conglomerados de investigación, que permitieron determinar que la campaña debía ir dirigida a todas las personas fumadoras en general, enfocándose en la motivación para abandonar el cigarrillo y estrategias para evitar su recaída. A su vez se entrevistaron 9 médicos especialistas principalmente de las áreas de cardiología, endocrinología y neumonología junto a un experto en el área de cesación tabáquica. Se tomaron en cuenta las restricciones legales impuestas por la normativa vigente en materia de publicidad y propaganda de medicamentos que pueden adquirirse bajo prescripción médica, teniendo en cuenta que la campaña irá acompañada de la utilización de LidCad, cuyo principio activo es la Vareniclina, para apoyar la terapia farmacológica. El programa que acompañará la terapia será Respiremos Juntos, cuyos principales componentes serán la página web donde el fumador puede consultar todo lo necesario con respecto a su programa, un call center que brindará apoyo al paciente, actividades al aire libre y apoyo económico en algunos casos. Mediante el estudio económico, se realizó una proyección de ventas para Diciembre del año 2015 de 1.180.000 unidades de Lidcad entre sus dos presentaciones, terapia de inicio y terapia de continuación, con el apoyo de la fuerza de ventas conformada por 20 representantes médicos y 24 asesores de negocio a nivel nacional. De igual forma, la estimación realizada proyectó la incorporación de 200.000 pacientes al programa Respiremos Juntos con un total de 1.000.000 de visitas a la página web para el año 2015, con posibilidades de crecimiento para los años consecutivos.

Palabras claves: Cesación tabáquica, cigarrillo, LidCad, fumadores, web, Vareniclina, terapia.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE FARMACIA
POSTGRADO DE MERCADEO**

**DESIGN OF A SOCIAL AWARENESS CAMPAIGN TO REDUCE CIGARETTE
CONSUMPTION IN VENEZUELA USING LIDCAD (VARENICLINE) IN THE
TAX YEAR 2015/2016**

**Resear
chers:**

Lic., Ferreira, Libia
Fcto, Márques, Caterine
Lic., Toro, Daniel

Tutor:

Lic., Peña Daniel
Caracas, November 2014

SUMMARY

The development of this research had as a main objective to design a campaign to help people trying to give up smoking. The importance of this research focuses on bringing the social environment of the smoker into the therapy. The mix between communicational elements and pharmacological therapy was the key to design a holistic program covering the needs and weaknesses of the patients. Research was carried out involving 137 smokers in Caracas, with as a main objective to identify reasons why people smoke, the influence of the environment and reasons why people returning to smoking. A survey instrument was developed to define the different types of groups which the research will be focused on, shifting the campaign to smokers in general, focusing on motivation and strategies to avoid people returning to smoking. Furthermore, nine physicians in areas such as Cardiology, Endocrinology and Pulmonology were interviewed alongside an expert in giving up cigarette therapies. All the regulations related to marketing and advertising were considered, to be able to include LidCad as part of the program. LidCad which has varenicline as a reactive, is part of the pharmacological therapy. *Respiremos Juntos*, will be the name of the program and the main components will be a website where the smoker could find out everything that they need to succeed in their program, a call center supporting the patients, outdoors activities and economical support in some cases. Following economics estimates, a sales projection was performed, yielding positive results with an estimate of 1,180,000 LidCad units sold for December 2015 supported by 20 medical representatives and 24 national business advisors. In the same way, the projected estimate was 200,000 patients enrolled in the program with a total of 1,000,000 visits to the website for 2015, reflecting a potential growth for subsequent years.

Keywords: cigarette, LidCad, smoking, smokers, website, Varenicline, therapy.

INDICE GENERAL

CONTENIDO

| | Pág. |
|---|-------------|
| VEREDICTO | iii |
| DEDICATORIA | vii |
| AGRADECIMIENTO | viii |
| RESUMEN | ix |
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I | |
| EL PROBLEMA | 3 |
| 1.1 Planteamiento del Problema. | 3 |
| 1.2 Formulación del Problema. | 8 |
| 1.3 Objetivos | 9 |
| 1.3.1 Objetivo General. | 9 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos. | 10 |
| 1.4 Justificación del Problema. | 10 |
| CAPITULO II | |
| MARCO TEÓRICO | 14 |
| 2.1 Conceptos Fundamentales. | 14 |
| 2.1.1 Mercadeo. | 14 |
| 2.1.2 Necesidades, deseos, demandas del cliente. | 16 |
| 2.1.3 Mercado, segmentación, determinación del mercado meta, posicionamiento | 17 |
| 2.1.4 Análisis DOFA, planeación de marketing, plan de marketing. | 19 |
| 2.1.5 Diseño de una estrategia de marketing impulsada por el cliente. | 20 |
| 2.1.6 Relación entre el mercadeo, la sociología y la administración. | 21 |
| 2.2 Antecedentes del tabaquismo. | 24 |
| 2.3 La Nicotina. | 27 |
| 2.3.1 Mecanismos de acción y Farmacocinética de la Nicotina. | 28 |
| 2.3.2 Efectos de la Nicotina en el cuerpo. | 30 |
| 2.3.3 Adicción a la Nicotina. | 34 |
| 2.4 Consecuencias del tabaquismo. | 36 |
| 2.4.1 Riesgo para la salud asociados a la exposición al humo ambiental de tabaco. | 36 |
| 2.4.2 Tabaquismo y las enfermedades pulmonares no neoplásicas. | 37 |
| 2.4.3 Tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares. | 40 |
| 2.4.4 Tabaquismo y el Cáncer. | 41 |

| | |
|---|-----|
| 2.4.5 Efectos del Tabaquismo en la reproducción e infancia. | 43 |
| 2.4.6 Otras consecuencias del tabaquismo. | 46 |
| 2.5 Terapias para la cesación tabáquica. | 49 |
| 2.5.1 Dejar de fumar sin ayuda. | 49 |
| 2.5.2 Terapias de reemplazo de la Nicotina. | 50 |
| 2.5.3 Medicamentos que no contienen Nicotina. | 55 |
| 2.5.4 Otras herramientas para dejar de fumar. | 57 |
| 2.6 Vareniclina. | 59 |
| 2.6.1 Mecanismo de acción de Vareniclina. | 60 |
| 2.6.2 Farmacocinética de Vareniclina. | 62 |
| 2.6.3 Interacciones farmacológicas de Vareniclina. | 63 |
| 2.6.4 Efectos adversos de Vareniclina. | 65 |
| 2.6.5 Dosis y Administración de Vareniclina. | 66 |
| 2.6.6 Dependencia y sobredosis de Vareniclina. | 66 |
| 2.6.7 Eficacia Clínica y Seguridad de Vareniclina. | 68 |
| 2.7 El Marketing y su enfoque social. | 77 |
| 2.7.1 Tipos de demanda. | 78 |
| 2.7.2 Aspectos de marketing mix. | 80 |
| 2.8 Social Media Marketing: La nueva forma de hacer marketing. | 83 |
| 2.8.1 Metodología de estrategia social media. | 85 |
| 2.8.2 Marketing outbound e inbound. | 89 |
| CAPITULO III | |
| MARCO METODOLÓGICO | 94 |
| 3.1 Nivel de Investigación. | 94 |
| 3.1.2 Variables y bases conceptuales de la investigación. | 96 |
| 3.2 Diseño de la Investigación. | 98 |
| 3.2.1 Esquema para el diseño de la investigación. | 99 |
| 3.3 Población y muestra. | 100 |
| 3.3.1 Población del estudio. | 100 |
| 3.3.2 Muestra para la investigación. | 100 |
| 3.4 Instrumento de recolección de datos. | 103 |
| 3.5 Técnicas de análisis de datos. | 104 |
| CAPITULO IV | |
| ANÁLISIS DE RESULTADOS | 105 |
| 4.1 Análisis de resultados de las encuestas para fumadores. | 105 |
| 4.1.1 Hallazgos más relevantes en la encuesta de fumadores. | 129 |
| 4.2 Análisis de resultados de las entrevistas a profundidad. | 132 |
| 4.2.1 Entrevistas a médicos especialistas | 132 |
| 4.2.2 Entrevista a experto en el proceso de cesación tabáquica | 139 |
| 4.2.3 Comparación de las entrevistas de los médicos especialistas y el experto en cesación tabáquica. | 146 |
| 4.3 Resumen de resultados. | 148 |

| | |
|--|-----|
| CAPITULO V | |
| DISEÑO DE CAMPAÑA | 151 |
| 5.1 Resumen ejecutivo. | 151 |
| 5.2 Análisis del entorno. | 153 |
| 5.2.1 Entorno general. | 153 |
| 5.2.1.1 Aspectos económicos. | 154 |
| 5.2.1.2 Aspectos políticos. | 155 |
| 5.2.1.3 Aspectos legales. | 156 |
| 5.2.2 Entorno específico. | 157 |
| 5.2.2.1 Mercado meta. | 157 |
| 5.2.2.2 Competencia. | 158 |
| 5.2.3 Necesidades del mercado. | 158 |
| 5.2.3.1 Necesidades del fumador. | 159 |
| 5.2.3.2 Necesidades del médico. | 159 |
| 5.2.3.3 Necesidades del entorno. | 159 |
| 5.2.4 Tendencias. | 160 |
| 5.3 Factores claves de éxito. | 161 |
| 5.4 Análisis DOFA. | 163 |
| 5.4.1 Fortalezas. | 163 |
| 5.4.2 Debilidades. | 164 |
| 5.4.3 Oportunidades. | 164 |
| 5.4.4 Amenazas. | 164 |
| 5.5 Competencias de LidCad. | 165 |
| 5.6 Estrategias de marketing. | 167 |
| 5.6.1 Objetivos de marketing. | 168 |
| 5.7 Mercado meta. | 169 |
| 5.7.1 Mercado meta primario. | 170 |
| 5.7.2 Mercado meta secundario. | 170 |
| 5.8 Posicionamiento de LidCad. | 172 |
| 5.8.1 Posicionamiento de LidCad en el mercado meta primario | 173 |
| 5.8.2 Posicionamiento de LidCad en el mercado meta secundario. | 173 |
| 5.9 Mezcla de marketing, aplicación de las “4P’s”. | 174 |
| 5.9.1 Producto. | 174 |
| 5.9.2 Precio. | 176 |
| 5.9.3 Promoción y publicidad. | 177 |
| 5.9.3.1 Estrategias de promoción y publicidad | 180 |
| 5.9.4 Plaza o distribución | 198 |
| 5.10 Plan de acción. | 200 |
| 5.11 Pronostico de ventas. | 209 |
| 5.12 Pronostico de gastos. | 211 |
| 5.13 Control de resultados. | 220 |
| 5.14 Plan de contingencia | 222 |
| CONCLUSIONES | 226 |
| RECOMENDACIONES | 231 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 234 |
| ANEXOS | 242 |

| | |
|---|-----|
| 1. Encuesta para personas fumadoras. | 243 |
| 2. Entrevista a médicos especialistas. | 246 |
| 3. Formato y aval para validación de los instrumentos de investigación aplicados. | 248 |
| 4. Diseño inicial de la ayuda visual para promoción médica y en farmacia de LidCad. | 254 |
| 5. Diseño inicial de la ayuda visual para promoción en farmacia del programa Respiramos Juntos. | 260 |
| 6. Diseño de seminarios de información médica. | 262 |
| 7. Diseño de tríptico del programa Respiramos Juntos. | 266 |
| 8. Diseño de folletos del programa Respiramos Juntos para pacientes. | 269 |
| 9. Gimmicks para profesionales de la salud de LidCad y Respiramos Juntos. | 273 |
| 10. Bosquejo de la página web del programa Respiramos Juntos. | 277 |
| 11. Logotipos de LidCad y Respiramos Juntos. | 280 |

LISTA DE GRAFICOS

| Gráficos | Pág. |
|--|-------------|
| 1. Resultados pregunta N°2 de encuesta para fumadores | 107 |
| 2. Resultados pregunta N°3 de encuesta para fumadores | 107 |
| 3. Resultados pregunta N°4 de encuesta para fumadores | 109 |
| 4. Resultados pregunta N°5 de encuesta para fumadores | 110 |
| 5. Resultados pregunta N°6 de encuesta para fumadores | 110 |
| 6. Resultados pregunta N°7 y 8 de encuesta para fumadores | 113 |
| 7. Resultados pregunta N°9 y 9.1 de encuesta para fumadores | 114 |
| 8. Resultados pregunta N°10 y 11 de encuesta para fumadores | 115 |
| 9. Resultados pregunta N°12 y 13 de encuesta para fumadores | 116 |
| 10. Resultados pregunta N°14 y 14.1 de encuesta para fumadores | 118 |
| 11. Resultados pregunta N°15 de encuesta para fumadores | 119 |
| 12. Resultados pregunta N°15.1 de encuesta para fumadores | 120 |
| 13. Resultados pregunta N°16 de encuesta para fumadores | 122 |
| 14. Resultados pregunta N°17 de encuesta para fumadores | 123 |
| 15. Resultados pregunta N°18 de encuesta para fumadores | 123 |
| 16. Resultados pregunta N°19 de encuesta para fumadores | 124 |
| 17. Resultados pregunta N°20 y 20.1 de encuesta para fumadores | 125 |
| 18. Resultados pregunta N°21 de encuesta para fumadores | 126 |
| 19. Resultados pregunta N°22 y 22.1 de encuesta para fumadores | 126 |
| 20. Conglomerados de la Investigación | 128 |
| 21. Resultados pregunta N°1 de entrevista a médicos | 132 |
| 22. Resultados pregunta N°2 de entrevista a médicos | 133 |
| 23. Resultados pregunta N°3 de entrevista a médicos | 134 |
| 24. Resultados pregunta N°4 de entrevista a médicos | 135 |
| 25. Resultados pregunta N°5 de entrevista a médicos | 136 |
| 26. Resultados pregunta N°6 de entrevista a médicos | 136 |
| 27. Resultados pregunta N°7 de entrevista a médicos | 137 |
| 28. Resultados pregunta N°8 de entrevista a médicos | 139 |

LISTA DE TABLAS

| Tabla | Pág. |
|---|-------------|
| I. Farmacocinética de la nicotina | 29 |
| II. Efectos estimulantes y sedantes de la nicotina | 31 |
| III. Efectos de la exposición inicial a la nicotina | 32 |
| IV. Efectos metabólicos y endocrinos de la nicotina | 32 |
| V. Impacto de la nicotina y complicaciones en factores de riesgos existentes | 33 |
| VI. Enfermedades pulmonares no neoplásicas asociadas al tabaco | 38 |
| VII. Enfermedades cardiovasculares asociadas al tabaquismo | 40 |
| VIII. Características generales de la vareniclina | 60 |
| IX. Farmacocinética de la Vareniclina | 62 |
| X. Índices de 4W CQR y AC en los estudios comparativos 1 y 2 | 70 |
| XI. Resultados del estudio de mantenimiento de abstinencia | 72 |
| XII. Resultados del estudio en pacientes sometidos a nuevo tratamiento de Vareniclina | 73 |
| XIII. Resultados de estudio en pacientes con EPOC leve a moderado | 77 |
| XIV. Datos demográficos de la encuesta para fumadores | 106 |
| XV. Comparación de resultados entre las entrevistas a médicos especialistas y entrevista al experto en cesación tabáquica | 147 |
| XVI. Pronóstico de ventas de LidCad y presupuesto para campaña promocional para el año fiscal 2015 | 152 |
| XVII. Tratamientos disponibles a lo largo de la historia en cesación tabáquica | 160 |
| XVIII. Terapias disponibles para dejar de fumar en Venezuela en el 2015 | 166 |
| XIX. Presentaciones disponibles de LidCad en Venezuela | 175 |
| XX. Parrilla promocional de LidCad y programa Respiramos Juntos | 181 |
| XXI. Material promocional para médicos a entregar en el año 2015 | 185 |
| XXII. Material promocional para farmacias a entregar en el año 2015 | 190 |
| XXIII. Contenido de la plataforma web del programa Respiramos Juntos | 196 |
| XXIV. Unidades vendidas de terapias anti tabáquicas año 2013 | 210 |
| XXV. Pronóstico de venta mensual de LidCad para el año 2015 | 211 |
| XXVI. Presupuesto promocional del primer semestre del año 2015 para profesionales de la salud mediante la fuerza de venta | 213 |
| XXVII. Presupuesto promocional del segundo semestre del año 2015 para profesionales de la salud mediante la fuerza de venta | 214 |
| XXVIII. Presupuesto para promoción médica a través de educación médica continua en el año 2015 | 215 |

| | | |
|--------|--|-----|
| XXIX. | Presupuesto promocional para personal de farmacias para el año 2015 | 216 |
| XXX. | Presupuesto promocional para pacientes y público en general para el año 2015 | 218 |
| XXXI. | Detalle de gastos para las actividades para pacientes y acompañantes en los meses de mayo y octubre 2015 | 219 |
| XXXII. | Presupuesto estimado para beneficio económico para el paciente por el canje 4x1 de LidCad | 219 |

LISTA DE FIGURAS

| Figura | Pág. |
|---|-------------|
| 1. Análisis DOFA | 20 |
| 2. Molécula de la nicotina | 28 |
| 3. Representación del mecanismo de acción de la vareniclina | 61 |
| 4. Diagrama marketing mix | 83 |
| 5. Metodología de estrategia social media | 86 |
| 6. Esquema del diseño de investigación | 99 |
| 7. Cálculo del tamaño de la muestra | 101 |
| 8. Pirámide de las necesidades de Abraham Maslow | 109 |
| 9. Publicidades internacionales de las compañías Lucky Strike® y Camel® | 112 |
| 10. Publicidad de la compañía Bigott y su marca Belmont® en Venezuela | 112 |
| 11. Análisis del entorno de una empresa | 153 |
| 12. Inflación en Venezuela para el año 2013 | 154 |
| 13. Mercado meta secundario de LidCad | 171 |
| 14. Diseño de los empaques de LidCad | 176 |
| 15. Diagrama de canales de distribución de LidCad | 200 |
| 16. Participación por región del mercado y LidCad en 2013 | 209 |
| 17. Participación de LidCad y sus competidores para el año 2013 | 209 |
| 18. Lámina 1y 2 de la ayuda visual de LidCad para médicos | 255 |
| 19. Lámina 3 y 4 de la ayuda visual de LidCad para médicos | 256 |
| 20. Lámina 5 y 6 de la ayuda visual de LidCad para médicos | 257 |
| 21. Lámina 7 y 8 de la ayuda visual de LidCad para médicos | 258 |
| 22. Lámina 9 y 10 de la ayuda visual de LidCad para médicos | 259 |
| 23. Lámina 1y 2 de la ayuda visual de Respiramos Juntos para profesionales de la salud | 261 |
| 24. Página inicial del seminario 1 para médicos | 263 |
| 25. Página inicial del seminario 2 para médicos | 264 |
| 26. Página inicial del seminario 3 para médicos | 265 |
| 27. Diseño de la parte externa del primer tríptico del programa Respiramos Juntos para médicos | 267 |
| 28. Diseño de la parte interna del primer tríptico del programa Respiramos Juntos para médicos | 268 |
| 29. Modelo folleto 1 sobre las consecuencias del cigarrillo para pacientes | 270 |
| 30. Modelo folleto 2 sobre las consecuencias del cigarrillo para pacientes | 271 |
| 31. Modelo folleto 3 sobre las consecuencias del cigarrillo para pacientes | 272 |
| 32. Bolígrafos recordatorios de LidCad y el programa Respiramos Juntos para profesionales de la salud | 274 |

| | |
|--|-----|
| 33. Taza térmica y libreta recordatorio de LidCad y Respiramos Juntos para médicos | 275 |
| 34. Tarjetero ejecutivo recordatorio de LidCad y Respiramos Juntos para médicos | 276 |
| 35. Bosquejo de la página web del programa Respiramos Juntos Inicio | 278 |
| 36. Bosquejo de la página web del programa Respiramos Juntos Plataforma | 279 |
| 37. Modelo logotipo de la marca LidCad | 281 |
| 38. Modelo logotipo del programa Respiramos Juntos | 281 |

INTRODUCCIÓN

El consumo del tabaco es uno de los más importantes factores de riesgo para las principales causas de muerte por cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas.

La investigación desarrollada toma como premisa la necesidad que existe en la sociedad con respecto a la concientización del consumo de cigarrillo, tomando en cuenta los efectos en el organismo, para ello, se desarrolló un programa de apoyo integral al paciente que busca dejar de fumar facilitándole las herramientas y la ayuda necesaria para disminuir su dependencia del cigarrillo. El programa recibe el nombre de ***Respiremos Juntos*** y va dirigido a todo aquél que quiera dejar de fumar y no encuentra las herramientas para lograrlo incluyendo jóvenes y adolescentes, quienes representan una parte importante de la población de fumadores, al igual que todas aquellas personas que por alguna condición clínica particular necesitan dejar de fumar pero no encuentra como lograrlo.

El principal componente del cigarrillo es la nicotina, la cual tiene una alta capacidad para generar dependencia por parte de los fumadores. Para poder mitigar esta sensación de dependencia, el programa irá acompañado de LidCad cuyo principio activo es la Vareniclina, terapia no nicotínica que actúa al igual que ésta sobre los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs) en el cerebro, específicamente el receptor del subtipo $\alpha 4\beta 2$, que está asociado con los efectos adictivos de la Nicotina. LidCad forma parte de la terapia

farmacológica que junto a la ayuda comunicacional que se plantea establecer a través de distintas alternativas propuestas por los investigadores, conforman el programa de ayuda al paciente Respiramos Juntos.

Como parte del trabajo especial de grado, los investigadores se han propuesto el lanzamiento de una campaña de concientización que brinde una oportunidad clara a todas aquellas personas que deseen abandonar el consumo de cigarrillos, a través de una terapia farmacológica con LidCad y no farmacológica con el programa Respiramos Juntos, incorporando en éste elementos que no han sido tomados en cuenta en programas previos de apoyo al paciente en su proceso de cesación tabáquica como por ejemplo la incorporación de ayuda psicológica, herramientas interactivas a través de la web y actividades al aire libre, además de apoyo económico para el cumplimiento del tratamiento.

El presente trabajo muestra la investigación realizada tanto en pacientes fumadores como en expertos del área de cesación tabáquica y médicos prescriptores, para la recolección de información relevante que apoye al diseño de la campaña promocional y la plataforma web de apoyo al programa, mostrando las distintas etapas por las cuales transcurrirá el desarrollo del programa, al igual que su viabilidad, así como la puesta en práctica del mercadeo social, la incorporación de elementos del social media y herramientas de análisis social.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.

El tabaquismo es una adicción crónica recurrente que trae como consecuencia la acumulación de toxinas en el cuerpo, que dañan casi todos los órganos y tiene efectos negativos económicos y sociales¹. Es un trastorno cerebral mediado neurobiológicamente, en el cual los factores genéticos, fisiológicos, psicológicos y ambientales del individuo juegan un papel determinante².

En cúmulo de evidencias científicas, se ha demostrado que el tabaquismo no sólo está directamente relacionado con el cáncer de pulmón, sino que también es la causa de muchas otras enfermedades graves a menudo fatales, por lo que el hábito tabáquico debe ser tratado como una forma de adicción a las drogas, ya que su principal componente, la nicotina, posee una elevada capacidad adictiva, como la heroína y la cocaína y en consecuencia, debería estar controlada del mismo modo que una droga o un medicamento³.

Específicamente, la adicción a la Nicotina se reconoce como una enfermedad crónica recurrente con efectos devastadores sobre la salud, asociada a elevados índices de morbilidad entre fumadores y ex fumadores, causando enfermedades graves como la Bronquitis crónica y Enfisema, las

cuales a su vez pueden conformar la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), siendo ésta una de las principales causas de decesos asociadas al cigarrillo además del cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares⁴.

De acuerdo a los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2011, el tabaco representó una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo, acabando con la vida de casi 6 millones de personas al año⁵. Adicionalmente las proyecciones revelan:

- Más de 5 millones de personas (fumadores o ex fumadores) morirán por ataque cardíaco, accidentes cerebrovasculares, cáncer, dolencias pulmonares u otras enfermedades relacionadas al hábito de fumar⁵.
- Más de 600 mil personas -más de una cuarta parte de ellas niños y niñas- morirán por haber estado expuestas al humo ajeno o humo ambiental de tabaco, o lo que es lo mismo, por ser fumadores pasivos⁵.

Una cifra alarmante es que en el mundo, aproximadamente cada seis segundos muere una persona a causa del tabaco, lo que representa una de cada 10 defunciones de adultos. Hasta la mitad de los actuales consumidores de tabaco acabarán falleciendo por una enfermedad relacionada con el tabaco. Esa cifra podría elevarse a más de ocho millones en el 2030, a menos que se tomen medidas urgentes para controlar la epidemia del tabaquismo⁵.

Venezuela no escapa de esta realidad, el tabaquismo es la segunda causa de muerte según el anuario de mortalidad del Instituto Nacional de Estadísticas del 2008; adicionalmente a estos datos, existen estudios publicados por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela que afirman que el 30% de la población venezolana está afectada por este hábito, de manera directa o indirectamente⁶.

Otras cifras significativas y alarmantes presentadas por la Organización Mundial de la Salud en sus Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2011, para el caso específico de Venezuela, muestran que entre la población adulta existe un 31,6% de fumadores masculinos y un 26,5% de fumadores en la población femenina, llamándose adultos a todos aquellos fumadores mayores de 15 años de edad. Sin embargo, existe una tasa creciente de fumadores adolescentes entre 13 y 15 años de edad que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad en la población más joven, y probablemente influirán de manera directa en la disminución de la esperanza de vida en unos años. Con base en este supuesto, expertos como el Cirujano General de EUA en 1964, exponen que “dejar de fumar” es el paso más importante para todos aquellos que desean mejorar su calidad de vida y aumentar su longevidad⁵.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, y en virtud de la adicción física y fisiológica a la Nicotina que presentan las personas adictas al cigarrillo, muchos laboratorios como GlaxoSmithKline y organizaciones como Sociedades Anticancerosas, Organización Nacional Anticancerosas, Ministerio del Poder Popular Para la Salud, entre otras, han creado diferentes

medicamentos y técnicas para ayudar al paciente a dejar de fumar, como las Terapias de Reemplazo de Nicotina (goma de mascar, parches, caramelos, inhaladores), o técnicas como la acupuntura y la hipnosis, entre otros medicamentos sin Nicotina.

Además de todas estas terapias, luego de años de investigación, en 1993 un grupo de investigadores desarrollaron una molécula con un diseño único y libre de Nicotina, **Vareniclina**, específicamente para ayudar al paciente en el tratamiento del tabaquismo, la cual se presenta en forma de su sal de tartrato, y fue aprobada por la FDA en mayo del año 2006, con un novedoso mecanismo de acción que es único entre los agentes farmacológicos usados en la terapia para dejar de fumar, ya que actúa al igual que la Nicotina sobre los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs) en el cerebro, específicamente el receptor del subtipo $\alpha 4\beta 2$, que está asociado con los efectos adictivos de la Nicotina^{7, 8, 9}.

La diferencia existente entre la Nicotina y la Vareniclina, es que ésta última es un agonista parcial, más que un agonista completo, de los receptores $\alpha 4\beta 2$, lo que significa que hasta en altas dosis de Vareniclina, no se produce la misma intensidad de respuesta que un agonista completa, y bloquea al agonista completo Nicotina para que no se ligue a estos receptores^{7, 8, 9}.

Una vez que la Vareniclina bloquea la unión de la Nicotina con los receptores $\alpha 4\beta 2$, ésta es incapaz de activar estos receptores y estimular el sistema dopamina mesolímbico del Sistema Nervioso Central (SNC), y en

consecuencia, el refuerzo y la recompensa experimentada por fumar es reducido^{7, 8, 9}.

A pesar del novedoso y único mecanismo de acción de la Vareniclina, y los excelentes beneficios que le ofrece al paciente para ayudarlo en el proceso de dejar de fumar, la adicción a la Nicotina es una condición crónica, con recaídas, que presenta barreras físicas y psicológicas para abandonarla, y esto se refleja en distintos datos como por ejemplo, menos del 7% de los fumadores que intentan dejar de fumar solo permanecen libres de cigarrillos durante 1 año, esto quedó demostrado mediante los estudios a largo plazo de efectividad de Vareniclina donde puede observarse que frente al placebo, se reduce la intención de abandono de tratamiento en la semana 52 luego de haber terminado el mismo, en 23% para placebo y 10,3% de reincidencia en el grupo de Vareniclina. Otros ensayos comparativos, como el Cochrane, demostraron que la Vareniclina aumenta tres veces la abstinencia frente a placebo, pero cuando se evalúa la reincidencia en el hábito entre ambos grupos se observa que a largo plazo tanto Vareniclina como placebo poseen el mismo porcentaje de reincidencia, pudiendo ser ocasionado por la falta de apoyo psicológico al paciente y su entorno social¹⁰.

Por todo lo antes expuesto y considerando que los tratamientos para dejar de fumar tendrán éxito con mayor probabilidad en los pacientes que son orientados en el proceso de cesación tabáquico y su etapa de mantenimiento, se estima conveniente desarrollar una campaña de apoyo al paciente que

trabaje en conjunto con las principales especialidades médicas que prescriben tratamientos anti tabáquicos, con la finalidad de concientizar y disminuir el consumo de cigarrillos en Venezuela.

1.2 Formulación del problema.

Aunque dejar de fumar tiene importantes beneficios, resulta extremadamente difícil para muchas personas lograrlo, principalmente por los niveles de adicción de la Nicotina. En promedio, los fumadores intentan dejar de fumar aproximadamente 6 a 9 veces en su vida¹¹. Dejar de fumar no es un evento aislado, es un proceso que comienza con el pensamiento, tomar la decisión de hacerlo, lograrlo y luego mantenerse firme. Durante el proceso de cesación tabáquica, el fumador debe soportar no sólo los síntomas de la abstinencia de la Nicotina, sino también numerosos factores adicionales que actúan el conjunto para lograr que el proceso sea mucho más complicado. Se han desarrollado estrategias que permiten a los médicos ayudar de forma eficiente a sus pacientes, sin embargo, el entorno social la disposición que tienen los pacientes para abandonar el cigarrillo continúa siendo un factor fundamental.

En la actualidad, existen múltiples terapias que ayudan al paciente a dejar el hábito del tabaco en el ámbito farmacológico, sin embargo, la mayoría de ellas no consideran que el tabaquismo es una adicción que posee un

componente psicológico importante, el cual debe ser orientado por expertos en la materia y trabajar de manera coordinada en 3 factores fundamentales:

- Terapia farmacológica
- Terapia no farmacológica
- Entorno familiar y social.

En virtud de la falta de educación específica para pacientes fumadores, se desea determinar la influencia que tendría la existencia de un programa de apoyo integral, cuyas bases se enfoquen en éstos tres pilares fundamentales, en pacientes que transcurren, o no, por un proceso de desintoxicación de la Nicotina, la cual se comporta como cualquier otra droga de adicción, pero sin efectos neurológicos perceptibles o socialmente aceptados. Se formula la siguiente interrogante:

¿El diseño de una campaña de concientización social aplicada por el principio activo Vareniclina (LidCad) disminuirá el consumo de cigarrillo en Venezuela, evitando la recaída en el hábito del cigarrillo?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general.

Diseñar una campaña que contribuya a la disminución del consumo de cigarrillos en Venezuela mediante el uso de LidCad y el seguimiento del programa de apoyo.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Definir los tipos de posicionamiento de la marca dentro del mercado de productos para la cesación tabáquica en el target primario y secundario.
- Realizar una investigación de mercado con los pacientes fumadores, reincidentes, médicos prescriptores de terapias anti tabáquicas y expertos en el área, para detectar los factores y mensajes determinantes en la campaña de cesación tabáquica.
- Diseñar las estrategias a implementar en la campaña de concientización social para la cesación tabáquica.
- Definir las tácticas del plan de mercadeo para la campaña de concientización social para la cesación tabáquica
- Establecer los recursos necesarios para la campaña propuesta.

1.4 Justificación del problema.

Desde un punto de vista teórico, este trabajo cobra importancia dentro de la rama del marketing social, definido como los esfuerzos por cambiar el comportamiento público por otro que la sociedad estime deseable¹². Por lo antes expuesto, cada vez es más importante impulsar cambios sociales que generen impacto en la población, y las campañas vistas desde un enfoque de marketing social, deben estar dirigidas a generar cambios en las conductas públicas. El presente trabajo resulta una mezcla de marketing social y marketing

de servicios sociales, ya que en principio se enfoca en lograr generar conciencia con respecto a la cesación tabáquica y posteriormente en aportar las soluciones clínicas necesarias para el logro de los objetivos, destacando que estas soluciones clínicas están compuestas no sólo por elementos farmacológicos, también forma parte importante la gestión de los profesionales y voluntarios que interactúan con el personal en rehabilitación para que el proceso sea exitoso.

Adicionalmente los autores de este trabajo especial de grado se preguntaron de manera informal cuáles serían las razones por las que no todos los pacientes con voluntad de dejar el hábito tabáquico triunfan con el medicamento Vareniclina, siendo esta terapia la más eficaz según los estudios comparativos presentados ante la Food and Drug Administration (Administración de drogas y alimentos) FDA por sus siglas en inglés (ver anexo 1), que demuestran la superioridad de Vareniclina frente a otras terapias anti tabáquicas en cuanto a eficacia y seguridad¹⁰. Básicamente la respuesta a esta interrogante se resume en el entorno social del paciente, el cual no colabora en el tratamiento y abandono de la adicción, impulsando al paciente a reincidir en el hábito del cigarrillo por no considerarlo dañino o socialmente no aceptado. Al estudiar todo el esquema de planes de apoyo al paciente, existe un vacío en la parte correspondiente a su entorno social y familiar como complemento en el proceso de cesación tabáquica, por lo que se justifica el diseño de una nueva estrategia comunicacional que incluya el entorno social y familiar del paciente como factor fundamental en el éxito de la terapia, logrando de esta manera un

apoyo importante para una gran parte de la sociedad venezolana que actualmente está intentando dejar el cigarrillo.

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo aporta un diseño novedoso y creativo de abordaje comunicacional, ya que en la actualidad, cada vez existen más vías de comunicación que ofrecen un abanico de posibilidades para transmitir un mensaje que llegue a las masas. Para el año 2012, según la empresa “Tendencias Digitales”, dedicada a las investigaciones en línea y análisis de mercados en audiencias digitales, la penetración del internet en América Latina era de un 39% (superior al porcentaje de penetración mundial que es de un 33%). Venezuela, tiene una penetración entre 40 y 50% y aunque no lidera en penetración poblacional, se destaca por la diversidad de contenidos, diversidad de usos y transacciones, permitiendo que todo aquello que se plasme en la web, tenga grandes posibilidades de viralidad¹³.

Por este motivo, se busca implementar un programa de ayuda al paciente de forma novedosa y creativa mediante el uso de terapia farmacológica, con Vareniclina, y no farmacológica con apoyo psicológico tanto al paciente como al entorno social en el que se desenvuelve (amigos, familiares, compañeros de trabajo, hijos, parejas, etc.), utilizando la plataforma web como principal vía, buscando la viralidad del mensaje dentro de la población fumadora y no fumadora en la búsqueda del objetivo planteado en el marketing social; concientizar e impulsar cambios.

Por lo antes expuesto, y por la necesidad de concientizar al fumador y su entorno sobre las consecuencias que trae consigo el cigarrillo, se justifica la idea de crear una campaña comunicacional, basada no solo en la educación y orientación para aquellas personas con problemas de tabaquismo, sino también se busca despertar la curiosidad y apoyo en aquellos fumadores pasivos que deseen ayudar a algún amigo, familiar, o cualquier ser querido utilizando distintos medios para direccionar a las personas hacia la plataforma web, buscando vincular médicos, especialistas del tema, pacientes, familiares, amigos, parejas, entre otros, en todo el proceso creativo de abordaje informativo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico, referencial o conceptual es el grupo central de conceptos y teorías, que el o los investigadores utilizan para desarrollar y sustentar un argumento, como por ejemplo, un trabajo especial de grado¹⁴. El marco teórico consiste en desarrollar la teoría que va a fundamentar el proyecto o trabajo especial de grado, con base al planteamiento del problema que se ha realizado¹⁵.

En base a lo anteriormente expuesto, en este capítulo se destacan las teorías, conceptualizaciones y antecedentes que sustentan esta investigación.

2.1 Conceptos Fundamentales:

2.1.1 Mercadeo

En la economía actual cada vez más globalizada e interconectada por los distintos medios de comunicación que existen, es imperante el desarrollo de estrategias por parte de las empresas, fundaciones, organizaciones e incluso gobiernos, para identificar que elementos de su target de clientes – usuarios son necesarios abordar para mantenerlos satisfechos y fidelizados.

En líneas generales, el Mercadeo no es más que un cúmulo de actividades que buscan satisfacer las necesidades y deseos de los mercados

objetivos a cambio de un beneficio o utilidad, es por ello que el Mercadeo es cada vez más importante dentro de la dinámica de los mercados actuales¹⁶.

Según Kotler¹⁷, el Mercadeo, no es más que un proceso social y administrativo mediante el cual grupos e individuos obtienen lo que necesitan y desean a través de generar, ofrecer e intercambiar productos de valor con sus semejantes.

La rama del Mercadeo entra en la clasificación de las ramas sociales por su conexión directa con el comportamiento humano. Dentro de su proceso se desarrollan interacciones entre grupos de personas con necesidades, deseos y demandas, definiéndola como una disciplina inminentemente social.

Tal como lo expresaba Maslow en su conocida descripción de las necesidades humanas a través de la pirámide de necesidades, los seres humanos a lo largo de su vida atraviesan por una serie de cambios en su comportamiento que están definidos por las necesidades relacionadas con los satisfactores básicos, los cuales están representados en el primer escalón de la pirámide como necesidades de alimentación, descanso (dormir) y la necesidad de supervivencia, las cuales posteriormente a medida que van subiendo los escalones de la pirámide se irán convirtiendo en necesidades de seguridad, de pertenencia hasta llegar a la auto-realización¹⁸. Por su parte, el comportamiento humano a través del cumplimiento de sus necesidades va desarrollando una serie de deseos que complementará las necesidades previamente descritas, como por ejemplo, comprar una pizza de la cadena Pizza Hut para cubrir su

necesidad de alimentación, o adquirir el último iPhone 6 Plus de la empresa Apple para cubrir su necesidad de auto-realización.

Dicho esto, queda evidenciado que una de las tareas más importantes del Mercadeo consiste en la identificación de las necesidades y deseos que existen en el mercado, para satisfacerlas de la mejor manera posible a través del lanzamiento de un producto o un servicio adaptado al mercado meta, teniendo siempre presente el beneficio que generará para la empresa, organización o gobierno.

Es importante destacar que el Mercadeo no siempre busca generar beneficios económicos. Según sea quien lo desarrolla y los objetivos que se persigan, existen distintas ramas del Mercadeo que pueden buscar identificar necesidades en la población para diseñar servicios que se adapten a la misma, como es el caso del Mercadeo de los servicios sociales, el cual principalmente es desarrollado por organizaciones, fundaciones o gobiernos con la intención de satisfacer necesidades y obtener en retribución mayor popularidad y aceptación¹⁹.

2.1.2 Necesidades, deseos, demandas del cliente.

El concepto primordial en el que se apoya el mercadeo es en las *necesidades* humanas, que son estados de carencia percibida, las cuales

pueden ser *necesidades físicas* básicas, como alimentación, vestimenta y seguridad, *necesidades sociales* de pertenencia y afecto y necesidades individuales de conocimiento y autoexpresión. Los *deseos* son las formas que las necesidades humanas adoptan, de acuerdo a la cultura y personalidad individual. Los deseos son moldeados por la sociedad en que se vive y se definen en términos de objetos que satisfacen necesidades y cuando estos deseos cuentan con un respaldo de poder de compra o adquisición, se convierten en *demandas*²⁰.

Inicialmente para este trabajo de investigación, la necesidad del cliente es *dejar de fumar*, el deseo y la demanda es *lograr dejar de fumar mediante el uso de una terapia de cesación tabáquica*

2.1.3 Mercado, segmentación, determinación del mercado meta, posicionamiento.

Tradicionalmente, un *mercado* era aquel lugar en que vendedores y compradores se reunían para comprar y vender bienes. Para los economistas, un mercado es el conjunto de compradores y vendedores que negocian con un producto concreto o con una clase determinada de productos¹⁶.

Para el marketing o mercadeo de Kotler²⁰, un *mercado* es el conjunto de todos los compradores reales y potenciales de un producto, los cuales comparten una necesidad o deseo determinados y que puede ser satisfecha a

través de un proceso de intercambio (acto de obtener un objeto deseado de alguien, a través del ofrecimiento de algo a cambio).

El mercado consta de diversos tipos de clientes, productos y necesidades, por lo que se debe dividir el mismo en distintos grupos de compradores con base en sus necesidades, características o comportamientos y que podrían requerir productos o mezclas de marketing diferentes, siendo conocido este proceso de división como *segmentación de mercado*, donde un segmento del mercado consta de consumidores que responden de forma similar a un conjunto dado de actividades de marketing²⁰.

Después que una empresa ha realizado la segmentación del mercado, procede a determinar el *mercado meta*, siendo éste el grupo de clientes con necesidades o características comunes, al que captará, servirá y se dirigirá los esfuerzos de mercadeo. La *determinación del mercado meta* implica evaluar qué tan atractivo es cada segmento de mercado y seleccionar el o los segmentos donde la empresa debe enfocarse para generar el mayor valor posible en el cliente de manera rentable y sostenerlo a través del tiempo²⁰.

Una vez que la empresa ha decidido en cuales segmentos del mercado ingresará, debe definir qué posiciones ocupará en esos segmentos. La posición de un producto es el lugar que éste ocupa en la mente de los consumidores, en relación con los productos de la competencia, por consiguiente, el *posicionamiento* es la manera en que se distingue un producto o compañía en la mente de sus posibles clientes, es la razón por la que un comprador pagará

un poco más por su marca. La clave para definir el posicionamiento ideal, es descubrir cómo expresar la diferencia, distinguiendo el producto o compañía de la competencia y confiriendo mayor ventaja estratégica en el mercado meta ²⁰.

En este trabajo de investigación, el mercado meta primario son los pacientes fumadores, y el mercado meta secundario son los doctores prescriptores de terapias para la cesación tabáquica, individuos expertos en el tema y familiares/amigos de pacientes fumadores.

2.1.4 Análisis DOFA, planeación de marketing, plan de marketing.

El análisis DOFA genera una evaluación global de las fortalezas (F), oportunidades (O), debilidades (D) y amenazas (A), de una empresa, siendo las fortalezas y debilidades propias de la empresa, mientras que las amenazas y oportunidades corresponden al entorno externo de la empresa, en la figura 1 se presenta un esquema DOFA.

Por otro lado, la *planeación estratégica* es el proceso de crear y mantener congruencia estratégica entre las metas y capacidades de la organización y sus cambiantes oportunidades de marketing. Implica definir una misión clara para la empresa, establecer objetivos de apoyo, diseñar una cartera de negocios sólida y coordinar estrategias funcionales²⁰.

Finalmente, el *plan de marketing* es un documento escrito en el que de una forma estructurada se definen los objetivos comerciales a conseguir en un

periodo de tiempo determinado y se detallan las estrategias y acciones que van a realizarse para alcanzarlos en el plazo previsto. Es el principal instrumento para dirigir y coordinar los esfuerzos de marketing y opera en dos niveles: estratégico y táctico. *El plan de marketing estratégico* determina los mercados metas y la proposición de valor que se van a ofrecer en función del análisis de oportunidades del mercado. *El plan de marketing táctico* especifica las acciones de marketing concretas que se van a poner en práctica, como características del producto, promoción comercialización, establecimiento de precio, canales de distribución y servicios¹⁶.



Figura 1. Análisis DOFA²⁰

2.1.5 Diseño de una estrategia de marketing impulsada por el cliente

Después de definir, cual es la necesidad, deseo y demanda del cliente y por consiguiente el mercado objetivo para la campaña o plan de mercadeo a

ejecutar, la dirección de marketing debe establecer como objetivo “encontrar, atraer, retener y aumentar los consumidores meta al crear, entregar y comunicar valor superior para el cliente”²⁰. Para lograr este objetivo, se debe establecer de manera correcta el cliente a servir y la propuesta de valor.

- Selección de los clientes a servir. Para realizar una selección correcta, lo ideal es realizar una segmentación del mercado y definir qué segmento se va a cubrir, es decir, definir la cobertura de mercado. Estas determinaciones deben realizarse en base a los clientes que se le puede servir de forma satisfactoria, como para obtener las utilidades esperadas por la empresa²⁰.
- Selección de una propuesta de valor. La propuesta de valor de una empresa es el conjunto de beneficios o valores que prometen entregar a los clientes para satisfacer sus necesidades, estableciendo como se distinguirá y colocará en el mercado²⁰, para que el cliente meta lo prefiera por encima de las otras empresas, marcas o servicios.

2.1.6 Relación entre el mercadeo, la sociología y la administración

Para ejecutar de manera exitosa, una campaña publicitaria o un plan de mercadeo, no sólo es necesario conocer los fundamentos y conceptos básicos del mercadeo, también se debe conocer la relación del mercadeo con la sociología y todos los procesos administrativos, ya que esto permitirá llevar a cabo de forma satisfactoria la campaña planteada.

- Sociología y Mercadeo

El término sociología ha sido definido por distintos autores, el cual según su punto de vista, ha intentado darle un matiz particular. Tomando como base la definición de Mc Graw Hill²¹, la sociología es el estudio sistemático del comportamiento social y de los grupos humanos, se centra en las relaciones sociales y en cómo las mismas influyen en el comportamiento de las personas; así mismo, como las sociedades evolucionan y cambian producto de todas esas relaciones.

Dicho de otra manera, la sociología estudia el comportamiento humano y todas las relaciones que se desencadenan a partir de la conexión entre personas.

El Mercadeo se basa en el estudio de las personas para identificar sus necesidades, por su parte, la sociología estudia el comportamiento del individuo y de las masas para identificar patrones. El Mercadeo y la sociología aportan un valor fundamental a toda investigación que quiera desarrollar estrategias o principios asociados al comportamiento humano.

Parte de la categorización que debe realizar al momento de implementar un plan de Mercadeo está relacionado de manera intrínseca con la sociología. Desde la definición de los distintos estratos sociales que se quieren abordar para realiza la correcta segmentación, hasta el estudio de los patrones de consumo para las distintas tomas de decisiones con respecto al producto o al

servicio, son elementos de la sociología que están presente en todo proyecto de mercadeo.

El Mercadeo ha jugado un papel fundamental como disciplina en el estudio del consumidor en su rol de la sociedad, sobre todo en el entorno tan competitivo y cambiante del mercado actual, donde existen cantidades de empresas compitiendo en un mismo mercado, y donde cada vez en más importante conocer con exactitud los gustos de los consumidores para lograr captar su atención. El estudio sistemático del comportamiento social, permitirá extrapolar resultados que permitan generalizar y conllevar a la respectiva toma de decisiones en las empresas, tales como definición del producto o servicio, características y cantidad de producción¹⁹.

Existe una conexión directa entre ambos términos, el Mercadeo entendido como el conjunto de todas aquellas actividades orientadas a servir de puente entre consumidores/usuarios y los productos/servicios, se ha vuelto un objeto de creciente interés para la reciente sociología de los mercados y el consumo, particularmente para la sociología del consumo que estudia al individuo y sus motivaciones al momento de decidir entre un producto u otro.

- Administración y Mercadeo

Una de las definiciones de la administración “es el proceso de estructurar y utilizar conjuntos de recursos orientados hacia el logro de metas, para llevar a cabo las tareas en un entorno organizacional”²².

Como todo proceso social, el Mercadeo requiere de organización y logística para que su implementación sea efectiva. El Mercadeo es considerado un *proceso administrativo*, porque necesita de sus elementos básicos, como son: la planeación, la organización, la implementación y el control, para definir las tareas necesarias para la persecución de los objetivos¹⁷.

Ambas ciencias están relacionadas por su necesidad intrínseca de manejar elementos financieros y organizacionales para lograr los objetivos. Su objetivo en común está en establecer una estrategia para la optimización de recursos de una empresa u organización, desarrollo de estrategias con base en la planificación de las distintas fases, la satisfacción de sus distintos públicos y finalmente la generación de utilidades.

El mercadeo se ha convertido en un área estratégica dentro de las organizaciones por su relevancia en la toma de decisiones que definirán las estrategias empresariales para cubrir las necesidades del mercado, por consiguiente, el mercadeo permitirá definir las estrategias que posteriormente la administración se encargará de registrar y medir su efectividad mediante el cálculo de la rentabilidad.

2.2 Antecedentes del tabaquismo

El tabaco es una planta de nicotina (*Nicotina tabacum*) originaria de América. Los primeros cultivos datan desde los cinco mil y 3 mil años a.C., en la zona andina de Perú y Ecuador. Los aborígenes americanos, los mayas, los incas y los aztecas, hace 2000 años, usaban el tabaco como medicina,

alucinógeno en las ceremonias religiosas, rituales de guerra y ofrenda a los espíritus que adoraban²³. Actualmente, los chamanes o médicos tradicionales de la etnia Warao de Venezuela emplean una mezcla, cuyo principal componente es el tabaco, para alcanzar los estados de trance que son parte de sus rituales sacros²⁴.

Después de la llegada de Cristóbal Colón a América, se introdujo el cultivo y el consumo de tabaco en España. A mediados del siglo XVI, el diplomático Jean Nicot, quien le dio el nombre de Nicotina a la planta, introdujo el tabaco en Francia, y en 1585 el navegante sir Francis Drake lo llevo a Inglaterra²⁵.

En 1851 la Academia de Medicina de Francia confirmó que el tabaco era un veneno, sin embargo, en 1853 se creó en la Habana la primera fábrica de cigarrillos del mundo, pero fue en el siglo XIX, que los cigarrillos comenzaron a fabricarse en serie, en grandes cantidades y a través de un proceso mecánico. Esta producción de cigarrillos, trajo como consecuencia que el hábito de fumar cigarrillos se extendiera por todo el mundo a escala masiva, incorporando el consumo de tabaco en los hábitos de conducta de la sociedad²⁶.

Lo anteriormente expuesto, llevó a que el consumo de cigarrillos se convirtiera en un peligro para la salud, incluso la forma de concebir el tabaquismo ha sufrido una serie de cambios importantes en las últimas décadas, ya que se le consideraba²⁷:

- En los años 60 un hábito.

- En los años 70 una dependencia psicológica.
- En los años 80 una adicción.
- En los años 90 se instaura la clínica del fumador.

Después de haberse instaurado el consumo de cigarrillos como un hábito a nivel mundial, comenzó a observarse al inicio de la década de 1930, un aumento considerable de casos de cáncer de pulmón, el cual era poco frecuente antes del siglo XX. Éste fenómeno, indujo a científicos de la época a realizar durante varios años, estudios comparativos entre las muertes de fumadores y no fumadores, además de estudios experimentales con animales. Los resultados de estas investigaciones demostraron que muchas de las sustancias químicas contenidas en el humo del cigarrillo eran carcinógenas. En 1964, el gobierno de los Estados Unidos de América emitió en un informe sobre salud, que ***Fumar es un riesgo para la salud de suficiente importancia como para justificar la necesidad de acciones apropiadas para remediarlo***²⁸.

En la actualidad, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar nunca el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones lo consumen o lo han consumido, y más de 600 000 son personas no fumadoras expuestas al humo ambiental. Cada seis segundos aproximadamente muere una persona a causa del tabaco, lo que representa una de cada 10 defunciones de adultos⁵.

Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde mayor es la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco⁵.

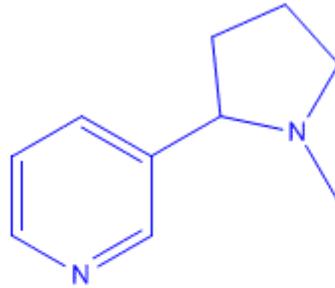
Los consumidores de tabaco que mueren prematuramente privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico. Mientras que en algunos países, los niños de los hogares pobres trabajan con frecuencia en el cultivo de tabaco para aumentar los ingresos familiares. Esos niños son especialmente vulnerables a la enfermedad del tabaco verde, producida por la Nicotina que absorbe la piel cuando se manipulan hojas de tabaco húmedas⁵.

2.3 La Nicotina

En la Figura 2 se muestra la fórmula molecular de la Nicotina, compuesto orgánico del tipo alcaloide, producido por la planta del tabaco, con una apariencia física líquida e incolora, la cual se oscurece al entrar en contacto con el aire. La molécula de la Nicotina es muy pequeña y soluble en sustancias acuosas y grasas, lo que permite que sea absorbida rápidamente por los tejidos del cuerpo hacia el torrente sanguíneo a través de los diferentes mecanismos de administración, como por ejemplo, vía nasal, vía oral o vía transdérmica¹.

La Nicotina es un alcaloide extremadamente potente cuando es comparada con otros alcaloides, considerándose potente a una sustancia o fármaco, cuando la cantidad de droga necesaria para producir un efecto dado es pequeña. La Nicotina en comparación con los alcaloides *cocaína* y *morfina*,

es 5 a 10 veces más potente en su capacidad para producir efectos psicoactivos en seres humanos, llevándola a ser una de las sustancias adictivas más usadas¹.



**3-(2-(N-metilpirrolidinil)) piridina
(Nicotina)**

Figura 2. Molécula de la Nicotina¹.

2.3.1 Mecanismo de acción y Farmacocinética de la Nicotina.

La Nicotina ejerce sus efectos en el cuerpo uniéndose a receptores nicotínicos para acetilcolina (nAChRs), es importante hacer notar que la molécula que normalmente se une a los nAChRs es el neurotransmisor acetilcolina, no la Nicotina, pero motivado a que la Nicotina tiene una forma molecular similar a la de la acetilcolina, se ajusta y activa los nAChRs²⁹.

Como la Nicotina imita a la acetilcolina, es fundamental conocer las funciones de la acetilcolina, la cual comunica las neuronas con los músculos para ponerlos en marcha, además, tiene un papel importante en el ritmo cardíaco, la respiración, el funcionamiento del bazo y la dilatación de las pupilas. También estimula otras neuronas, como las neuronas de la dopamina para liberar los neurotransmisores. De este modo, la Nicotina lo que hace es

adherirse a los receptores de la acetilcolina asumiendo su trabajo. Sin embargo, la Nicotina permanece más tiempo en el espacio sináptico ya que, a diferencia de la acetilcolina, esta no tiene una enzima (acetilcolinesterasa) que a los pocos segundos de transmitir el mensaje, la destruya y la recicle. Por lo tanto, la Nicotina transmite una cantidad mayor de señales a las neuronas²⁹.

Esta estimulación de la Nicotina, producida en los receptores de las neuronas dopaminérgicas produce la sensación de placer y euforia característica de las drogas.

La farmacocinética hace referencia al paso de las sustancias a través del organismo en función del tiempo y la cantidad administrada, se divide en 4 pasos explicados en la tabla I .

Tabla I. Farmacocinética de la Nicotina^{30, 31}

| Farmacocinética de la Nicotina | |
|---------------------------------------|--|
| Absorción | La Nicotina es una sustancia que se absorbe fundamentalmente a través de los pulmones (entre 79 a 90%) y en menor medida a través de la mucosa bucal y plexos sublinguales (4 a 40%) y de la piel, siendo en este caso la absorción variable y dependiente de varios factores, como la temperatura y el pH cutáneo, el grado de humedad y de higiene personal. Se absorbe rápidamente por la mucosa nasal, oral y respiratoria llegando al cerebro donde están los receptores al cabo de unos 7 segundos ³⁰ . |

| Farmacocinética de la Nicotina (Continuación) | |
|--|--|
| Distribución | Una vez que la Nicotina es absorbida y llega a la circulación arterial, se distribuye rápidamente a todo el cuerpo. A los 10 o 20 segundos después de inhalar el humo, la Nicotina llega a los tejidos del sistema nervioso central (SNC), esta rapidez es uno de los factores que contribuye a su alto poder adictivo ³¹ . |
| Metabolismo | La Nicotina es metabolizada en el hígado mediante unas enzimas del citocromo P450 y en menor medida también es metabolizada en el cerebro y los pulmones. Al metabolizar la Nicotina por oxidación, se crea un metabolito llamado cotinina. Además, la Nicotina es un inductor enzimático, es decir, afecta a las concentraciones plasmáticas de otras sustancias, en este caso, acelera el proceso de destrucción de la cafeína, la teofilina, los antidepresivos, los ansiolíticos o los analgésicos ³¹ . |
| Eliminación | La excreción de dicha sustancia es básicamente renal y varía según el pH de la orina, siendo el pH ácido más favorable para su eliminación. Otras vías minoritarias de eliminación son la saliva, el sudor y la leche materna ³¹ . |

2.3.2 Efectos de la Nicotina en el cuerpo.

La Nicotina tiene todo un abanico de efectos sobre el cuerpo, dentro de los que destacan las reacciones iniciales de la exposición, los efectos estimulantes y sedantes, los efectos endocrinos y metabólicos, las complicaciones de factores de riesgo de enfermedades existentes y los efectos

de la exposición repetida a la Nicotina¹. En las tablas II, III, IV y V se mencionan los signos y síntomas de los diferentes efectos de la Nicotina en el cuerpo humano.

Con la exposición repetida de la Nicotina los usuarios suelen desarrollar tolerancia; entendiendo tolerancia como la adaptación y respuesta disminuida del cuerpo a la administración repetida de un fármaco, dejando como resultado una disminución de los sentimientos placenteros y los efectos reforzadores que los usuarios desean. En consecuencia, los usuarios de Nicotina aumentan la cantidad y frecuencia del consumo del fármaco, hasta obtener los efectos placenteros que desean, llegando finalmente a un estado de dependencia o adicción a la Nicotina³²..

Tabla II. Efectos estimulantes y sedantes de la Nicotina¹.

| Efectos estimulantes y sedantes de la Nicotina | |
|---|---|
| <u>Efecto</u> | <u>Consecuencias</u> |
| Estimulantes: dosis pequeñas frecuentes de Nicotina. | Incremento en: -Producción de glucosa -Presión arterial -Frecuencia respiratoria -Frecuencia cardiaca |
| Sedantes: dosis de Nicotina absorbidas por periodos prolongados. | Sensación de relajación y bienestar Disminución de la ansiedad |

Tabla III. Efectos de la exposición inicial a la Nicotina¹

| Signos y síntomas iniciales de la exposición a la Nicotina. | |
|--|---|
| <u>Sistema</u> | <u>Signo/Síntoma</u> |
| Sistema Nervioso Central | Dolor de cabeza, intoxicación, mareo, vértigo, delirio, insomnio, nerviosismo, temblor, convulsiones. |
| Gastrointestinal | Boca seca, náusea, vómito, dispepsia, diarrea. |
| Músculo-esquelético | Mialgia |
| Cardiovascular | Frecuencia cardíaca acelerada |

Tabla IV. Efectos metabólicos y endócrinos de la Nicotina^{32, 33}.

| Efectos metabólicos y endócrinos por el uso de la Nicotina asociados al tabaco | |
|---|---|
| <u>Efecto</u> | <u>Consecuencias</u> |
| Velocidad metabólica aumentada | Asociada a la pérdida del apetito y disminución de peso; ambos pueden aumentar si el individuo deja de usar Nicotina. |
| Lipólisis aumentada | Anormalidades de los lípidos, incluyendo niveles más altos de LDL (componente del colesterol malo) y niveles más bajos de HDL (componente del colesterol bueno) |
| Estado hipercoagulable inducido | Activación de plaquetas aumentadas, que puede estar relacionada con la disfunción endotelial; factor VII y fibrinógeno plasmático elevados, que están asociados con un mayor riesgo de enfermedad arterial coronaria. |
| Producción de insulina disminuida | Niveles de azúcar en sangre mayores que los normales puede ocasionar diabetes mellitus |

| Efectos metabólicos y endocrinos por el uso de la Nicotina asociados al tabaco (continuación) | |
|--|--|
| <u>Efecto</u> | <u>Consecuencias</u> |
| Elevada producción de hormonas (Ej. Cortisol) | Puede alterar el estado de ánimo, contribuye al desarrollo de osteoporosis y fomenta la tolerancia a la Nicotina |
| Liberación de endorfinas | Sensaciones de dolor disminuidas; mayor riesgo de artritis inflamatoria. |
| Supresión de estrógenos | Mayor riesgo de osteoporosis. |

Tabla V. Impacto de la Nicotina y complicaciones en factores de riesgos existentes^{1,32}.

| El impacto de la Nicotina en los factores de riesgos | |
|---|--|
| <u>Factor de Riesgo Existente</u> | <u>Impacto de Nicotina/Fumar</u> |
| Colesterol alto | Aumenta los niveles ya elevados de colesterol, incrementando mucho más el riesgo de enfermedades cardiovasculares. |
| Presión arterial elevada | Incrementa el riesgo de ataque cardíaco y apoplejía debido a la presión arterial elevada. |
| Uso de alcohol | Aumenta el consumo de alcohol |
| Falta de ejercicio | Aumenta la inactividad física |
| Diabetes mellitus | Aumenta crónicamente los niveles de azúcar en sangre, lo que contribuye a la diabetes mellitus. |

2.3.3 Adicción a la Nicotina

La adicción se define como la dependencia psicológica y fisiológica a una sustancia o conducta que excede el control voluntario. La adicción a la Nicotina es una condición crónica recurrente que impulsa el deseo de fumar en los pacientes, a pesar de estar consciente de los efectos a mediano y largo plazo que conlleva el cigarrillo³².

Existen ciertas formas de administración de Nicotina que tienen mayor potencial adictivo que otras, fumar es la vía de administración más común y potencialmente más adictiva, seguida de las vías oral y transdérmica.

Los síntomas de abstinencia que ocurren cuando se interrumpe el consumo de Nicotina después de un uso prolongado por varias semanas, es una de las principales características que definen la adicción a la Nicotina. Los síntomas de abstinencia incluyen ansia/antojo, ira, irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, mareo, fatiga, hambre, aumento de peso, impaciencia e inquietud. Generalmente, estos síntomas se presentan al día siguiente de suspender el consumo de Nicotina, intensificándose durante los primeros 14 días y disminuyendo aproximadamente 1 mes después de haber suspendido el consumo, sin embargo, la ansiedad o antojo por el consumo de Nicotina puede persistir hasta por 6 meses, siendo ésta la principal razón por la que fracasan los intentos por dejar el cigarrillo³².

Existen diversos factores que incentivan a los pacientes al consumo de cigarrillo, entre ellos se encuentran:

- Factores conductuales y sociales.

Para muchos fumadores, el fumar cigarrillo comenzó como un acto de rebelión, como una manera de reafirmar independencia de los padres. Esta es una de las principales razones que los lleva a superar los efectos tóxicos iniciales de la Nicotina y con el tiempo desarrollar la adicción³⁴.

Un factor importante en la decisión de empezar a fumar y continuar fumando, es la relación con personas que consumen cigarrillo de forma regular, en general, los fumadores suelen provenir de ambientes en los que fumar era un hábito común. Otros factores conductuales y sociales que pueden contribuir con la decisión de empezar a fumar, es una historia de abuso, violencia familiar, sucesos negativos en la vida o depresión, que contribuyen a la búsqueda de una salida emocional, la cual generalmente se refugia en el cigarrillo³⁴.

Además de los factores antes mencionados, muchas personas son impulsadas a fumar por no tener éxito conforme a las normas de la sociedad o las suyas propias, estas personas se caracterizan por tener baja autoestima, sobrepeso, salud psicológica deteriorada y un desempeño mediocre.

- Factores genéticos.

Un importante número de estudios han contemplado a los fumadores para determinar si existe un componente genético en el hábito de fumar. A la fecha, los datos sugieren que sí hay un componente genético en la adicción a la

Nicotina. Los factores que quizás tengan un fundamento genético en la adicción a la Nicotina incluyen CYP2A6, que es la enzima que metaboliza la Nicotina, la neurotransmisión dopaminérgica y los nAChRs. Es importante resaltar que la función exacta de estos factores en el desarrollo de la adicción a la Nicotina no es clara y que aún se están realizando investigaciones³⁴.

2.4 Consecuencias del Tabaquismo

Por más de 4 décadas, el hábito de fumar ha sido reconocido como una adicción peligrosa que está relacionada con altos índices de mortalidad y enfermedad, así como con enormes costos en cuidados de la salud para la sociedad⁵. Las personas que no fuman también están en riesgo debido a los muchos peligros conocidos de la exposición al humo de cigarro de los fumadores. A continuación, se detallan las principales consecuencias del tabaquismo, tanto para el fumador activo como pasivo.

2.4.1 Riesgos para la salud asociados a la exposición al humo ambiental de tabaco.

La exposición al humo de los fumadores, también conocido como humo ambiental de tabaco, se asocia con numerosos riesgos para la salud en los no fumadores. El humo ambiental de tabaco es una mezcla compleja que contiene

más de 4000 compuestos químicos, de los cuales más de 60 son carcinógenos en humanos. La exposición al humo ambiental de tabaco ocurre en casa, en el trabajo y en lugares públicos como restaurantes y bares, en fin, en cualquier lugar donde haya gente fumando³⁵.

Los adultos no fumadores expuestos al humo ambiental de tabaco tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón y enfermedades cardíacas. Por otra parte, los niños pequeños son especialmente vulnerables a los riesgos de salud del humo ambiental de tabaco porque sus pulmones no están desarrollados completamente. La Organización Mundial de la Salud, OMS de acuerdo a sus siglas en español, estima que la mitad de la población mundial infantil (700 millones) está expuesta al humo ambiental de tabaco en el hogar. La exposición al humo ambiental de tabaco en niños pequeños se asocia a un elevado riesgo de enfermedades respiratorias como asma, bronquitis y neumonía, así como, síndrome de muerte súbita infantil³⁵.

2.4.2 Tabaquismo y las enfermedades pulmonares no neoplásicas.

Los efectos dañinos del tabaquismo en las vías aéreas se vinculan con el desarrollo de varias enfermedades pulmonares no neoplásicas o no cancerosas. La principal enfermedad pulmonar no neoplásica causada por el tabaquismo es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC de acuerdo

a sus siglas en español, la cual incluye la bronquitis crónica y el enfisema. Otras enfermedades asociadas al tabaquismo incluyen asma, bronquiolitis respiratoria y neumonía adquirida en la comunidad (NAC), así como varias enfermedades pulmonares intersticiales (EPI), las mismas se explican en la tabla VI.

Tabla VI. Enfermedades Pulmonares No Neoplásicas asociadas al Tabaco^{36, 37}.

| Enfermedades pulmonares no neoplásicas relacionadas con el tabaco | |
|--|--|
| <u>Enfermedad</u> | <u>Descripción</u> |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) | <p>Consiste en 2 condiciones respiratorias, bronquitis crónica y enfisema, ambas enfermedades se caracterizan por la obstrucción del flujo de aire a los pulmones que interfiere con la capacidad de respirar normalmente; por eso se consideran enfermedades respiratorias obstructivas.</p> <p>La restricción del flujo de aire que caracteriza a la EPOC no es completamente reversible, suele ser progresiva y estar asociada a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas o gases nocivos, como los encontrados en el humo del cigarro, de hecho, el tabaquismo es la causa de la EPOC en el 90% de los casos.</p> |
| Bronquitis Crónica | <p>Es la inflamación del recubrimiento de los conductos bronquiales que dificulta el flujo de aire y eventualmente produce cicatrices, siendo causada por la irritación prolongada de los conductos bronquiales, lo que conduce a la producción de grandes cantidades de moco y a una tos irritante.</p> <p>Los síntomas de la bronquitis crónica incluyen producción de moco, tos crónica, disnea y carraspeo.</p> |

| Enfermedades pulmonares no neoplásicas relacionadas con el tabaco (Continuación) | |
|---|---|
| <u>Enfermedad</u> | <u>Descripción</u> |
| Enfisema | Es la destrucción irreversible de los alvéolos que ocurre muy gradualmente después de años de fumar. Como los alvéolos se destruyen, pierden su capacidad para intercambiar gases y no pueden entregar cantidades adecuadas de oxígeno al torrente sanguíneo, esto provoca como resultado falta de aliento, tos y una limitada tolerancia al ejercicio. |
| Asma | Es un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas, que genera hipersensibilidad a diversos estímulos ambientales. El asma se caracteriza por episodios repetidos de bronco espasmo, o exacerbaciones agudas de la enfermedad. Durante un ataque de asma, los pacientes experimentan sibilancias, disnea, rigidez en el pecho y tos. |
| Bronquiolitis Respiratoria | Es una enfermedad generalmente asintomática que casi siempre se presenta sólo en fumadores o exfumadores. En aquellos casos en los que haya síntomas presentes, la bronquiolitis se caracteriza por sibilancias, tos y disnea, también se caracteriza por la presencia de macrófagos pigmentados en los bronquiolos, que se presume se relaciona con fumar. |
| Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) | Inflamación aguda de los pulmones que suele ser causada por virus, bacterias u otros organismos infecciosos. Los signos y síntomas de neumonía bacteriana pueden aparecer gradual o rápidamente, e incluyen fiebre, sudoración, escalofrío, dolor de pecho y tos productiva con moco verdoso o color óxido. |

| Enfermedades pulmonares no neoplásicas relacionadas con el tabaco (Continuación) | |
|---|---|
| <u>Enfermedad</u> | <u>Descripción</u> |
| Enfermedades Pulmonares Intersticiales | Las EPI son un grupo diverso de trastornos pulmonares. Se caracterizan por tos seca, disnea al hacer ejercicio, infiltrados pulmonares difusos y alteraciones en el intercambio de gases. |

2.4.3 Tabaquismo y enfermedades cardiovasculares

Así como en los pulmones, el tabaquismo tiene un profundo efecto nocivo en el sistema cardiovascular. El cigarro es un factor de riesgo fundamental en el desarrollo de la primera causa de muerte en el mundo, como los son las enfermedades cardiovasculares y las mismas tienen consecuencias graves como infarto al miocardio y enfermedad vascular cerebral, siendo la Aterosclerosis la primera causa de muerte debido al consumo de cigarrillos³⁸. A continuación, en la Tabla VII se muestran las enfermedades cardiovasculares asociadas al tabaquismo.

Tabla VII. Enfermedades cardiovasculares asociadas al tabaquismo³⁸.

| Enfermedades cardiovasculares asociadas al tabaquismo | |
|--|---|
| <u>Enfermedad</u> | <u>Descripción</u> |
| Enfermedad Arterial Coronaria | Se refiere a la aterosclerosis de las arterias coronarias, los vasos sanguíneos principales que abastecen de sangre al corazón, esta reduce el flujo de sangre al corazón, lo que disminuye el suministro de oxígeno al miocardio, aumentando así el riesgo de ataque cardíaco. |

| Enfermedades cardiovasculares asociadas al tabaquismo (Continuación) | |
|---|--|
| <u>Enfermedad</u> | <u>Descripción</u> |
| Enfermedad Arterial Coronaria | El riesgo de la enfermedad arterial coronaria aumenta con la duración e intensidad del consumo de tabaco. Fumar es 1 de los 6 factores de riesgo independientes modificables de dicha enfermedad. |
| Evento Vascular Cerebral | Forma de enfermedad cardiovascular que afecta los vasos sanguíneos que abastecen de sangre el cerebro. Un evento vascular cerebral puede ser isquémico o hemorrágico, y el área del cerebro afectada queda privada de oxígeno, provocando la muerte de neuronas en pocos minutos, causando discapacidades graves y permanentes. El consumo de tabaco es un factor de riesgo primordial para este evento, de hecho hasta el 25% de todos los eventos vasculares cerebrales son resultado directo de fumar. |
| Enfermedad Vascular Periférica | Enfermedades de los vasos sanguíneos fuera del corazón y el cerebro, típicamente incluye el estrechamiento de los vasos sanguíneos que llevan sangre a los brazos, piernas, estómagos y riñones. La enfermedad vascular periférica está muy relacionada con el tabaquismo. |

2.4.4 Tabaquismo y el Cáncer.

Fumar puede causar cáncer y luego impedir que su cuerpo lo combata:

- Las sustancias tóxicas en el humo del cigarrillo pueden debilitar el sistema inmunitario del cuerpo, haciendo más difícil matar las células

cancerosas. Cuando esto pasa, las células se siguen multiplicando sin que nada las detenga³⁹.

- Las sustancias tóxicas en el humo del tabaco pueden dañar o cambiar el ADN de una célula. El ADN es el “manual de instrucciones” de las células que controla su crecimiento y funcionamiento normal. Cuando se daña el ADN, una célula puede comenzar a crecer sin control y formar un tumor canceroso³⁹.

Los médicos saben desde hace años que fumar causa la mayoría de los cánceres de pulmón. Este sigue siendo el caso en la actualidad. Aproximadamente 9 de cada 10 casos de cáncer de pulmón son causados por fumar cigarrillos. De hecho, los fumadores tienen un mayor riesgo de tener cáncer del pulmón hoy en día que en 1964 a pesar de que fuman menos cigarrillos. Una posible explicación son los cambios en la forma en la que se fabrican los cigarrillos así como en su contenido³⁹.

Los tratamientos para el cáncer de pulmón siguen mejorando, sin embargo, siguen muriendo más hombres y mujeres por este tipo de cáncer que por cualquier otro, incluso más de 7300 personas no fumadoras fallecen anualmente por cáncer de pulmón causado por la exposición al humo ambiental de tabaco³⁹.

El tabaquismo puede causar cáncer en casi todas las partes de su cuerpo, incluidas las siguientes³⁹:

- Boca, nariz y garganta

- Laringe
- Tráquea
- Esófago
- Pulmones
- Estómago
- Páncreas
- Hígado
- Riñones y uréteres
- Vejiga
- Colon y recto
- Cuello uterino
- Médula ósea y sangre (leucemia)

Las mujeres con cáncer de mama que fuman y los hombres con cáncer de próstata que fuman pueden tener una mayor probabilidad de morir de estas enfermedades que quienes no fuman³⁹.

El tabaco que no se fuma o no produce humo también causa cáncer, como los cánceres de esófago, páncreas, boca y garganta³⁹.

2.4.5 Efectos del tabaquismo en la reproducción e infancia.

Aunque la asociación entre el tabaquismo y enfermedades importantes como cáncer y los ECV es bien conocida, evidencia más reciente indica que el tabaquismo también disminuye la fertilidad. Fumar durante el embarazo también provoca complicaciones y es en extremo perjudicial para el feto en desarrollo,

dando como resultado problemas potencialmente fatales como el bajo peso al nacer. Adicionalmente, puede provocar síndrome de muerte súbita infantil y tener efectos adversos cognitivos y conductuales tanto en la infancia como en la niñez⁴⁰.

- *Efectos del tabaquismo en la fertilidad femenina*

Los estudios actuales han demostrado que fumar disminuye la fertilidad femenina, ya que se ha evidenciado una relación directa entre la fertilidad femenina y la duración e intensidad del tabaquismo⁴⁰.

Comparada con las no fumadoras, las mujeres que fuman tardan más en concebir. La relación entre el tabaquismo activo y la demora en la concepción es estadísticamente significativa, en particular cuando no hay concepción por más de 12 meses⁴⁰.

La exposición al humo ambiental de tabaco se asocia con la disminución de la fertilidad en mujeres, aunque el vínculo no es tan fuerte como en las fumadoras activas⁴⁰.

- *Efectos del tabaquismo en la fertilidad masculina*

Estudios revelan que los hombres que fuman tienen recuentos espermáticos reducidos así como espermatozoides de forma y motilidad anormales. Sin embargo, el impacto de estos cambios en la fertilidad masculina no está completamente claro. Además, el tabaquismo es un factor de riesgo definitivo en la disfunción eréctil que se asocia significativamente con la

intensidad y duración del tabaquismo. Una razón posible para esto es el flujo de sangre reducido al pene causado por el tabaquismo⁴⁰.

- *Efectos del tabaquismo en el desarrollo del feto*

Las mujeres que fuman no sólo tienen más dificultad para concebir; aquellas que logran quedar embarazadas tienen un mayor riesgo de tener complicaciones y problemas para llevar el embarazo a término. Fumar durante el embarazo también se relaciona con efectos perjudiciales e incluso fatales para el feto, como el aborto⁴⁰.

Se cree que los efectos perjudiciales y potencialmente fatales del tabaquismo en el feto son resultado directo de la exposición a la Nicotina, los elevados niveles de monóxido de carbono y la privación de oxígeno⁴⁰.

Fumar durante el embarazo también se asocia con la ruptura prematura de las membranas, así como con complicaciones de la placenta que pueden provocar nacimiento prematuro y otros problemas como placenta previa⁴⁰.

Los bebés de madres que fumaron durante el embarazo tienen menor peso al nacer, típicamente menor que 2.5 kg y este bajo peso al nacer es una de las principales causas de decesos en infantiles⁴⁰.

- *Efectos postnatales del tabaquismo en infantes y niños*

El síndrome de muerte súbita infantil, SMSI de acuerdo a sus siglas en español, está vinculado con bebés que duermen sobre su estómago así como

con el tabaquismo materno. Los efectos dañinos en el feto por fumar durante el embarazo se pueden extender desde la infancia hasta bien entrada la niñez. Los bebés de madres que fumaron durante el embarazo tienen 3 a 4 veces más riesgo de morir de SMSI. La exposición al humo ambiental de tabaco postnatal está relacionada con la duplicación del riesgo de SMSI, mayor incidencia de enfermedades respiratorias crónicas y agudas, así como un mayor riesgo de infecciones en los oídos⁴⁰.

Una revisión en 2001 de un grupo de estudios encontró evidencia que demostraba que la exposición prenatal a la Nicotina está vinculada con consecuencias neurológicas y conductuales en la infancia, niños menores a 2 años, que persisten hasta la niñez y la adolescencia. Estas consecuencias incluían disminución en las calificaciones de comprensión motora y verbal, afectación de los procesos sensoriales, incremento importante en la agresividad y otras conductas de exteriorización, pero no en conductas de interiorización, como depresión, así mismo, se evidenció un mayor riesgo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno de conducta⁴⁰.

2.4.6 Otras consecuencias del tabaquismo

Evidencia de estudios epidemiológicos indica que el tabaquismo se asocia a muchos otros trastornos sistémicos y enfermedades que típicamente no se creen relacionados con fumar. La gente que fuma tiene un mayor riesgo de desarrollar trastornos músculo-esqueléticos, gastrointestinales, y

mucocutáneos, así como un número de otras condiciones, como diabetes y trastornos de la tiroides⁴¹.

- Consecuencias Músculo-Esqueléticas

El tabaquismo tiene toda una gama de efectos perjudiciales en la salud del sistema músculo-esquelético, los cuales pueden tener consecuencias graves, como lo son⁴¹:

- Aumenta el riesgo de osteoporosis.
- Aumenta el riesgo de fractura de cadera con la edad.
- Aumenta el riesgo de lesiones relacionadas con el ejercicio.
- Impide que fracturas y heridas sanen.
- Reduce el rendimiento atlético.
- Se relaciona con dolor de la espalda baja y artritis reumatoide.

- Consecuencias Gastrointestinales

El tabaquismo se ha relacionado con diversos trastornos gastrointestinales, incluyendo úlcera péptica, enfermedad por reflujo gastroesofágico y enfermedad inflamatoria intestinal⁴¹.

- Consecuencias Mucocutáneas

Fumar también tiene efectos perjudiciales en la piel y en las membranas mucosas. Un número de estudios epidemiológicos han demostrado una relación entre el tabaquismo y varios tipos de enfermedades de la piel no malignas,

incluyendo la psoriasis. Aunque la causa de la psoriasis es desconocida, se presume que fumar es un factor de riesgo potencial para desarrollar la enfermedad, particularmente en mujeres. El tabaquismo también es un factor de riesgo independiente para la aparición prematura de arrugas en la piel. Las arrugas causadas por fumar son más aparentes en la cara, una condición comúnmente conocida como “cara de fumador”⁴¹.

- Diabetes

Muchos estudios epidemiológicos extensos indican que el tabaquismo se asocia a un mayor riesgo de diabetes. Estudios también muestran que el tabaquismo aumenta el riesgo de desarrollar las complicaciones microvasculares de la diabetes, en particular la nefropatía del diabético, así mismo, se ha detectado una relación entre fumar y el desarrollo de retinopatía y neuropatía del diabético⁴¹.

- Trastornos de la Tiroides

El tabaquismo se ha vinculado con alteraciones de la glándula tiroides, incluyendo un mayor riesgo de enfermedad de Graves. Fumar es un factor de riesgo para el bocio, en particular en individuos con deficiencia de yodo. También se ha demostrado que los problemas oculares relacionados con la enfermedad de Graves son más graves y difíciles de tratar en personas que fuman⁴¹.

2.5 Terapias para la cesación tabáquico

Existen diversas terapias anti tabáquicas, para apoyar al paciente en el proceso de cesación tabáquica, y guiar al fumador a su único objetivo, que no es más que dejar de fumar y obtener los beneficios del abandono del cigarrillo. A continuación se describen las terapias más conocidas y utilizadas por los pacientes.

2.5.1 Dejar de fumar sin ayuda

Se define como la decisión de abandonar el cigarrillo de manera abrupta sin asistencia farmacológica, es decir, sin terapia con fármacos. Este es el método reportado más comúnmente por los exfumadores. Algunas personas tienen éxito en dejar de fumar de manera súbita, otras no son tan afortunadas. En general, la cesación de tabaco abrupta está asociada con índices de fracaso muy elevados. Datos epidemiológicos muestran que 1 año después de intentar dejar de manera abrupta, menos del 7% de los fumadores seguían sin fumar⁴².

Dejar de fumar abruptamente provoca cambios profundos en el funcionamiento del sistema nervioso central, incluyendo cambios en los registros de los patrones de las ondas cerebrales en la electroencefalografía, una reducción en los niveles de dopamina producidos por el SNC y una alteración en los niveles de norepinefrina del mismo. Estos cambios producen un conjunto de síntomas que caracterizan lo que se conoce como síndrome de abstinencia de Nicotina, que incluye los siguientes signos y síntomas⁴²:

- Ansiedad.
- Irritabilidad, frustración, ira.
- Frecuencia cardiaca disminuida.
- Mayor apetito, ganancia de peso.
- Inquietud.
- Ansia por fumar.
- Depresión, disforia.

Volver a fumar o la administración de una cantidad adecuada de medicamento de Nicotina, proporciona un rápido alivio de todos estos signos y síntomas. Es precisamente por el considerable sufrimiento que produce el síndrome de abstinencia de Nicotina que a los fumadores adictos se les dificulta tanto dejar de fumar, por este motivo, se han desarrollado diversas terapias para apoyar a las personas fumadoras en el proceso de cesación tabáquica⁴².

2.5.2 Terapias de reemplazo de Nicotina

Los fumadores que son muy dependientes de la Nicotina o que ya antes han intentado dejar de fumar sin ayuda, pueden probar una terapia de reemplazo de Nicotina, TRN de acuerdo a sus siglas en español, para aumentar sus posibilidades de abandonar el hábito de fumar. La TRN esencialmente es el uso de pequeñas dosis de Nicotina para ir disminuyendo los índices de ansiedad de manera gradual. En la actualidad hay varias formas de TRN aprobadas por la FDA, muchas, como el parche transdérmico de Nicotina, la goma de mascar y las pastillas para chupar de Nicotina, se pueden adquirir sin

receta médica. Otras, como los inhaladores de Nicotina y los atomizadores nasales, requieren de prescripción médica⁴³.

- *Parches de Nicotina (sistemas transdérmicos de Nicotina):*

Los parches transdérmico de Nicotina, también conocidos como sistemas transdérmicos de Nicotina, se aplican a la piel y entregan una dosis medida de Nicotina a través de la piel a una velocidad más o menos constante, permitiendo que el proceso sea de manera gradual⁴³.

Los efectos secundarios que están relacionados con los parches son los siguientes⁴³:

- Irritaciones de la piel (enrojecimiento y picazón).
- Mareos
- Palpitaciones aceleradas.
- Dificultades para dormir o sueños inusuales.
- Dolor de cabeza.
- Náusea.
- Rigidez y dolor muscular.

- *Goma de mascar o chicle de Nicotina (polacrilex de Nicotina)*

La goma de mascar es una forma de reemplazo de acción rápida, en la cual la Nicotina es absorbida a través de la membrana mucosa de la boca. Puede comprarse sin prescripción médica. La goma de mascar está disponible en concentraciones de 2 mg y 4 mg⁴³.

Algunos efectos secundarios que pudieran ocurrir con el chicle de Nicotina⁴³:

- Mal sabor.
- Irritación de la garganta.
- Úlceras en la boca.
- Hipo
- Náusea.
- Molestia en las mandíbulas.
- Palpitaciones aceleradas.
- Náusea.

- *Pastillas de Nicotina para chupar (grageas o losanges de Nicotina)*

Las pastillas para chupar que contienen Nicotina se pueden comprar sin prescripción médica. Al igual que la goma de mascar, las pastillas para chupar vienen en dos concentraciones: 2 mg y 4mg. Los fumadores escogen sus dosis según el tiempo que normalmente les tome encender el primer cigarrillo después de haberse levantado en las mañanas. Los fabricantes de estas pastillas recomiendan usarlas como parte de un programa de 12 semanas. La dosis recomendada es una pastilla cada una a dos horas durante seis semanas, luego una pastilla cada dos a cuatro horas durante de siete a nueve semanas, y finalmente, una cada cuatro a ocho horas por 10 a 12 semanas⁴³.

Los efectos secundarios que pudieran ocurrir con las pastillas de Nicotina para chupar incluyen⁴³:

- Problemas para dormir.
- Náusea.
- Hipo
- Tos
- Acidez (reflujo).
- Dolor de cabeza.
- Flatulencia

- *El aerosol nasal de Nicotina*

Este método suministra rápidamente Nicotina al torrente sanguíneo porque se absorbe por la nariz. El aerosol nasal de Nicotina requiere prescripción médica. El aerosol nasal alivia muy rápidamente los síntomas de la abstinencia y permite controlar el deseo de fumar. Por lo general, a los fumadores prefieren el aerosol nasal por su practicidad al momento de utilizarla. Gracias al potencial adictivo de la Nicotina, una persona puede transferir la dependencia de la Nicotina de los cigarrillos rápidamente al aerosol nasal. La FDA recomienda que se recete por un período de 3 meses y que su tiempo de uso máximo no supere los 6 meses⁴³.

Los efectos secundarios más comunes duran de una a dos semanas, y pueden incluir⁴³:

- Irritación nasal.
- Goteo nasal.
- Ojos llorosos.

- Estornudos.
- Irritación de la garganta.
- Tos

- *El inhalador de Nicotina*

Sólo puede obtenerse con prescripción médica. El inhalador de Nicotina es un tubo plástico y delgado que tiene una cápsula de Nicotina muy parecido a un cigarrillo grueso con una boquilla. A diferencia de otros inhaladores que suministran la mayor parte del medicamento a los pulmones, el inhalador de Nicotina suministra la mayor parte del vapor de Nicotina a la boca, donde es absorbido directamente y enviado al torrente sanguíneo. El inhalador de Nicotina es el método de reemplazo de Nicotina aprobado por la FDA que más se parece a fumar un cigarrillo, lo que algunos fumadores encuentran útil y mucho más fácil de asimilar. La dosis recomendada es entre 4 a 20 cartuchos al día, reduciendo poco a poco su consumo durante 6 meses⁴³.

Los efectos secundarios que produce comúnmente este inhalador, especialmente cuando se usa por primera vez, incluyen⁴³:

- Tos
- Irritación de la boca y/o garganta.
- Problemas estomacales.

2.5.3 Medicamentos que no contienen Nicotina

Los medicamentos que el médico especialista receta a los fumadores para ayudarlos en el proceso de abandono del cigarrillo, no contienen Nicotina y funcionan de manera distinta a la terapia de reemplazo de Nicotina, ya que el fumador no desarrolla ningún hábito.

Como otros tratamientos, estos medicamentos funcionan mejor cuando son parte de un programa que incluya:

- Establecimiento de fechas de arranque de programa.
- Crear un plan para ayudar al paciente si el mismo recae en el hábito de fumar cigarrillo.
- Conseguir apoyo de un médico, un asesor o un grupo de apoyo.

Las terapias que no contienen Nicotina disponibles en el mercado son:

- Bupropión

Es una píldora fabricada por Laboratorios GlaxoSmithKline® y está indicado como coadyuvante en el tratamiento para dejar de fumar. Exactamente no se conoce como ayuda el bupropión a los pacientes con el control del cigarrillo, pero se presume que su acción es mediada por mecanismos dopaminérgicos y/o noradrenérgicos⁴⁴.

El bupropión no está aprobado por la FDA para personas menores de 18 años y generalmente no se utiliza para aquellas personas que⁴⁴:

- Están embarazadas.
- Tienen antecedentes de convulsiones, insuficiencia renal, consumo excesivo de alcohol, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, traumatismo craneal serio o enfermedad bipolar o maníaco depresivo.

Los efectos secundarios que se han reportado abarcan⁴⁴:

- Boca seca.
- Insomnio. Si esto ocurre, se puede ensayar tomando la segunda dosis del día por la tarde, pero debe ser al menos 8 horas después de la primera dosis.
- Se debe dejar de tomar el medicamento inmediatamente si tiene cambios en el comportamiento, hostilidad, agitación, estado de ánimo deprimido, pensamiento y comportamiento suicida o intento de suicidio.

- Vareniclina

Ayuda con el deseo vehemente de Nicotina y los síntomas de abstinencia. Actúa en el cerebro disminuyendo los efectos físicos de la Nicotina. Incluso si el paciente empieza a fumar de nuevo después de dejar el cigarrillo, no sentirá tanto placer como antes de la terapia⁴⁴. Esta molécula será detallada en la sección 2.4.

- Otros medicamentos

Hay alguna evidencia de que los siguientes medicamentos pueden ser útiles para dejar de fumar cuando los medicamentos de primera línea no han funcionado. Sin embargo, sus beneficios son menos constantes y se consideran tratamiento de "segunda línea"⁴⁴.

- *Clonidina*, normalmente empleada para tratar la hipertensión arterial, incrementa la posibilidad de que los fumadores dejen de fumar cuando se inicia antes de suspender el tabaco en dosis de 0.1 a 0.75 mg por día, ya sea en pastilla o en parche⁴⁴.
- *Nortriptilina*, antidepresivo, incrementa la posibilidad de que los fumadores dejen de fumar cuando se inicia de 10 a 28 días antes de suspender el tabaco en dosis de 75 a 100 mg por día⁴⁴.

2.5.4 Otras herramientas para dejar de fumar

Hoy los fumadores están más conscientes de terapias alternativas o complementarias, además de los tratamientos médicos convencionales para una variedad de propósitos, sin embargo, la medicina basada en evidencia actualmente publicada no apoya el uso de estas modalidades para dejar de fumar. Mientras todavía no ha sido definitivamente probado que sean efectivas, algunos fumadores podrían encontrarlas útiles como coadyuvantes en sus esfuerzos para dejar de fumar. Estas herramientas para dejar de fumar son:

- Acupuntura para dejar de fumar:

La acupuntura tradicional se ha usado mucho tiempo en China en el tratamiento de adicciones tanto a la Nicotina como al opio. La teoría fundamental detrás de este enfoque es que altera las sensaciones del fumador de autoestima y motivación al influenciar la energía corporal. En el momento presente, no existe una evidencia concluyente que apoye la eficacia del uso de la acupuntura para dejar de fumar debido a la falta de pruebas clínicas adecuadas⁴⁵.

- Hipnosis para dejar de fumar.

La manera exacta en que la hipnosis funciona para dejar de fumar no está completamente clara, por lo que la explicación psicológica más común es que una persona en estado de trance es altamente influenciable por el poder de la sugestión, la cual supuestamente disminuye el deseo de fumar o refuerza el deseo de dejar de fumar. No existen suficientes pruebas clínicas en el presente que faciliten determinar la eficiencia de la hipnosis al dejar de fumar⁴⁶.

- Grupos de apoyo para dejar de fumar.

El apoyo emocional es crucial para cualquiera que intente dejar de fumar. Además de contar con el apoyo de la familia y amigos, los fumadores pueden decidir unirse a un grupo o clase para dejar de fumar⁴⁶.

- Asesoría individual

La asesoría individual también proporciona un apoyo efectivo para las personas que intentan dejar de fumar. Un especialista en dejar el tabaco puede proporcionar asesorías así como terapia de conducta⁴⁶.

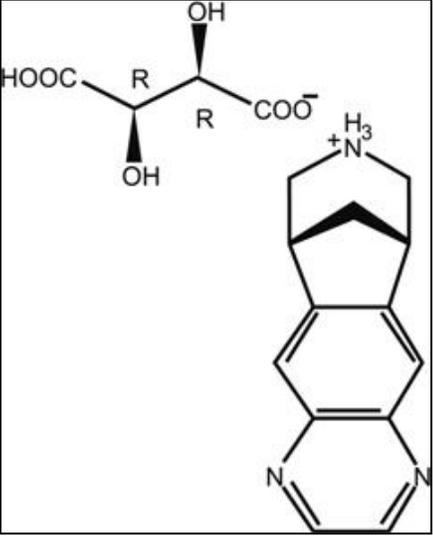
- Terapia de conducta

La terapia de conducta o modificación de conducta, implica un cambio en los hábitos del paciente durante el curso de la vida diaria que proporciona señales para fumar. Estos indicios incluyen descansos, conversaciones telefónicas y aburrimiento, cualquier hábito que el paciente vincule con el tabaco. Al reconocer estos indicios, el paciente puede aprender a modificarlos⁴⁶.

2.6 Vareniclina

En 1993, los investigadores diseñaron y desarrollaron una tableta específicamente para ayudar al paciente en el tratamiento del tabaquismo, siendo ésta una molécula con un diseño único y libre de nicotina, **Vareniclina**, la cual se presenta en la forma de su sal de tartrato aprobada por la FDA en mayo del año 2006. En la Tabla VIII, se presentan las características generales de la Vareniclina⁷, específicamente nombre químico, peso molecular fórmula molecular, estructura química y formulación galénica.

Tabla VIII. Características generales de la Vareniclina⁷

| Características de la Vareniclina | |
|--|---|
| Nombre Químico | 7,8,9,10-tetrahidro-6,10-metano-6H-pirazino[2,3-h][3] benzazepina, (2R,3R)-2,3-dihidroxiбутanedioato (1:1). |
| Peso Molecular | 361,35g/mol |
| Fórmula Molecular | C ₁₃ H ₁₃ N ₃ .C ₄ H ₆ O ₆ |
| Estructura Química |  |
| Formulación Galénica | Tabletas orales de concentraciones 0.5 y 1.0 mg |

2.6.1 Mecanismo de Acción:

La Vareniclina tiene un novedoso mecanismo de acción que es único entre los agentes farmacológicos usados en la terapia para dejar de fumar, ya que actúa al igual que la Nicotina sobre los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs) en el cerebro, específicamente el receptor del subtipo $\alpha 4\beta 2$, que está asociado con los efectos adictivos de la Nicotina⁷.

La Vareniclina es un agonista parcial selectivo del subtipo $\alpha 4\beta 2$ de los receptores nicotínicos de la acetilcolina; se une con gran afinidad y selectividad al subtipo $\alpha 4\beta 2$ de los receptores nicotínicos neuronales de la acetilcolina. Se cree que la eficacia del fármaco en la cesación tabáquica es el resultado de la actividad de la Vareniclina en un subtipo de receptor nicotínico donde su unión produce una actividad agonista, a la vez que simultáneamente impide la unión de la Nicotina al subtipo 4 alfa 2 Beta de los receptores¹⁰.

Los estudios electrofisiológicos realizados in vitro y los estudios neuroquímicos realizados in vivo, demostraron que la Vareniclina se une al subtipo $\alpha 4\beta 2$ de los receptores nicotínicos neuronales de la acetilcolina y estimula los receptores, pero en un grado significativamente inferior que la Nicotina. La Vareniclina bloquea la capacidad de la Nicotina de activar los receptores $\alpha 4\beta 2$ y, de este modo, la capacidad de estimular el sistema dopaminérgico mesolímbico a nivel nervioso central, que se cree que es el mecanismo neuronal que origina el refuerzo de la adicción y la gratificación que se experimenta al fumar. La Vareniclina es sumamente selectiva y se une con mayor potencia a los receptores $\alpha 4\beta 2$ que a cualquier otro receptor nicotínico¹⁰.

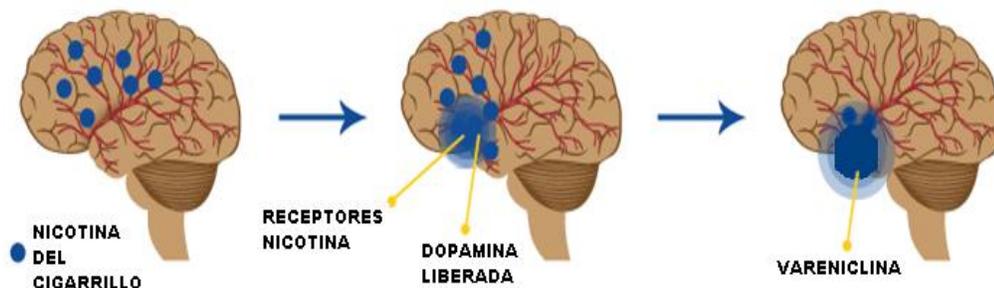


Figura 3. Representación del Mecanismo de Acción de la Vareniclina. Fuente Autores, 2014

2.6.2 Farmacocinética de Vareniclina

En la siguiente tabla se describe la farmacocinética de Vareniclina:

Tabla IX. Farmacocinética de Vareniclina¹⁰

| Farmacocinética de Vareniclina | |
|---------------------------------------|---|
| Absorción | Las concentraciones máximas de Vareniclina ocurren generalmente a las 3-4 horas después de la administración. Después de la administración de dosis múltiples orales a voluntarios sanos, se alcanzaron las condiciones de estado estacionario a los 4 días. La absorción es prácticamente completa después de la administración oral y la disponibilidad sistémica es alta. La biodisponibilidad oral de Vareniclina no se ve afectada por los alimentos ni por la hora de administración de la dosis. |
| Distribución | Vareniclina se distribuye en los tejidos, incluyendo el cerebro. El volumen aparente de distribución llega a los 415 litros (% CV = 50) en estado estacionario. La unión de Vareniclina a proteína plasmática es baja (< 20%) e independiente tanto de la edad como de la función renal. En roedores, Vareniclina atraviesa la placenta y se excreta en la leche. |
| Metabolismo | Vareniclina experimenta un metabolismo mínimo, el 92% es excretado sin alteraciones en la orina y menos del 10% se excreta como metabolitos. |
| Eliminación | Vida media de eliminación: aproximadamente 24 horas. Eliminación renal: principalmente por filtración glomerular, junto con secreción activa por el título renal posiblemente a través del transportador catiónico orgánico, OCT2. |

2.6.3 Interacciones farmacológicas de Vareniclina.

Basándose en las características de Vareniclina y en la experiencia clínica hasta la fecha, el fármaco Vareniclina no tiene ninguna interacción con otros medicamentos que sea clínicamente significativa. No se recomienda ningún ajuste de dosis de Vareniclina ni de los medicamentos administrados concomitantemente que se listan a continuación¹⁰.

Los estudios in vitro indican que no es probable que Vareniclina modifique la farmacocinética de los compuestos que son metabolizados principalmente por las enzimas del citocromo P450. Más aún, como el metabolismo de Vareniclina supone menos del 10% de su aclaramiento es poco probable que los principios activos que afectan al sistema del citocromo P450, alteren la farmacocinética de Vareniclina y por tanto no debería ser necesario un ajuste de la dosis del fármaco¹⁰.

Los estudios in vitro demuestran que Vareniclina no inhibe las proteínas renales humanas transportadoras a concentraciones terapéuticas. Por lo tanto, es improbable que los principios activos que se eliminan por secreción renal estén afectados por Vareniclina¹⁰, ejemplos:

- *Metformina*: Vareniclina no afectó la farmacocinética de metformina. Metformina no tuvo ningún efecto sobre la farmacocinética de Vareniclina.
- *Cimetidina*: La administración concomitante de cimetidina, con Vareniclina incrementó la exposición sistémica de Vareniclina en un 29%,

debido a la reducción en la eliminación renal de Vareniclina. En sujetos con la función renal normal o en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada no se recomienda ningún ajuste de dosis basado en la administración concomitante de cimetidina. En pacientes con insuficiencia renal grave, debe evitarse el uso concomitante de cimetidina y Vareniclina.

- *Digoxina*: Vareniclina no alteró la farmacocinética en estado estacionario de digoxina.
- *Warfarina*: Vareniclina no alteró la farmacocinética de warfarina. El tiempo de protrombina (INR) no fue afectado por Vareniclina. La propia deshabituación tabáquica puede producir cambios en la farmacocinética de warfarina.
- *Alcohol*: No existen datos suficientes sobre cualquier interacción potencial entre el alcohol y Vareniclina.

Uso con otras terapias para la deshabituación tabáquica¹⁰:

- *Bupropión*: Vareniclina no alteró la farmacocinética en estado estacionario de bupropión.
- *Terapia sustitutiva con Nicotina (TSN)*: Cuando se administró concomitantemente Vareniclina y TSN transdérmico a los fumadores durante 12 días, se observó una disminución estadísticamente significativa del promedio de la presión arterial sistólica (media 2,6 mmHg) medida en el último día del estudio. En este estudio, la incidencia

de náuseas, dolor de cabeza, vómitos, mareos, dispepsia y fatiga fue mayor para la combinación que para la administración única de TSN.

No se ha estudiado la seguridad y la eficacia de Vareniclina en combinación con otras terapias distintas para la deshabituación tabáquica.

2.6.4 Efectos adversos de Vareniclina.

Los medicamentos pueden producir algunos efectos no deseados además de los que se pretende obtener, especialmente si se toman por períodos prolongados y/o en dosis elevadas. Algunos de estos efectos pueden requerir atención médica.

Los eventos adversos más comunes asociados con Vareniclina (>5% y el doble de la tasa observada en los pacientes tratados con placebo) fueron náuseas, alteraciones del sueño, estreñimiento, flatulencia y vómitos¹⁰.

La cesación tabáquica con o sin tratamiento, está asociada a síntomas de supresión nicotínica.

El evento adverso más común asociado con el tratamiento con Vareniclina son las náuseas. En los pacientes tratados con la máxima dosis recomendada de 1 mg 2 veces al día después de la titulación inicial de la dosis, la incidencia de náuseas fue del 30% en comparación con el 10% en los pacientes tratados con régimen comparable con placebo¹⁰.

En los pacientes tratados con un régimen de Vareniclina de 0,5 mg 2 veces al día después de la titulación inicial de la dosis, la incidencia fue del 16% en comparación con el 11% en los pacientes tratados con placebo¹⁰.

En general se describió a las náuseas como leves o moderadas y habitualmente transitorias; no obstante, en algunos participantes fueron persistentes durante todo el período de tratamiento¹⁰.

2.6.5 Dosis y administración de Vareniclina

La Vareniclina está indicada como una ayuda al tratamiento para dejar de fumar y debe ser administrada por un periodo de 12 semanas, con una dosis recomendada de 1,0mg dos veces al día, después de un esquema de titulación de 1 semana, que consiste en⁷:

| | |
|---------------------|-------------------------|
| Días 1-3 | 0,5mg una vez al día. |
| Días 4-7 | 0,5mg dos veces al día. |
| Día 8-Terapia Final | 1,0mg dos veces al día. |

2.6.6 Dependencia y sobredosis de Vareniclina

La Vareniclina no es una sustancia controlada, y su dependencia en seres humanos y animales es la siguiente⁷:

- Seres humanos:

Menos de 1 de cada 1000 pacientes informaron euforia en los estudios clínicos de Vareniclina. Con las dosis más altas (superiores a 2 mg), Vareniclina

dio origen a reportes gastrointestinales más frecuentes, tales como náuseas y vómitos. No existen evidencias de aumento de la dosis para mantener los efectos terapéuticos en los estudios clínicos, lo cual sugiere que no se desarrolla tolerancia⁷.

La suspensión abrupta del tratamiento con Vareniclina estuvo asociada con un aumento de la irritabilidad y de los trastornos del sueño en el 3% de los pacientes como máximo. Esto sugiere que, en algunos pacientes, la Vareniclina puede producir una leve dependencia física que no está asociada a la adicción⁷.

En un estudio de labilidad del abuso en seres humanos realizado en un laboratorio, una única dosis oral de 1 mg de Vareniclina no produjo ninguna respuesta subjetiva positiva ni negativa en los fumadores. En los no fumadores, 1 mg de Vareniclina produjo un aumento de algunos efectos subjetivos positivos, pero estuvieron acompañados de un aumento de los efectos adversos negativos, particularmente de náuseas. Una única dosis oral de 3 mg de Vareniclina produjo uniformemente respuestas subjetivas desagradables tanto en fumadores como en no fumadores⁷.

- *Animales*

Los estudios realizados en roedores demostraron que la Vareniclina produce respuestas conductuales, similares a las que produce la Nicotina. En ratas entrenadas para distinguir la Nicotina de la solución salina, la Vareniclina produjo una generalización al abandono de la Nicotina. En estudios de autoadministración, el grado en el que la Vareniclina sustituye a la Nicotina

depende del requerimiento de la tarea. Las ratas entrenadas para auto administrarse Nicotina en condiciones fáciles continuaron auto administrándose Vareniclina en un grado comparable al de la Nicotina. Sin embargo, para las tareas más exigentes, las ratas se auto administraron Vareniclina en un grado menor que Nicotina. El tratamiento previo con Vareniclina también redujo la autoadministración de Nicotina⁷.

En casos de sobredosis, se deben instituir las medidas de apoyo habituales que sean necesarias. Se demostró que la Vareniclina se dializa en los pacientes con nefropatía terminal. Sin embargo, no hay experiencia con la hemodiálisis en los casos de sobredosis. Los pacientes en que se compruebe o sospeche una sobredosis intencional, deben ser referidos a una evaluación psiquiátrica⁷.

2.6.7 Eficacia y seguridad clínica de Vareniclina.

La eficacia de Vareniclina en la deshabituación tabáquica se demostró en 3 ensayos clínicos con fumadores crónicos de cigarrillos (≥ 10 cigarrillos al día). Dos mil seiscientos diecinueve (2619) pacientes recibieron 1 mg dos veces al día (BID) de Vareniclina (titulados durante la primera semana), 669 pacientes recibieron 150 mg BID de bupropión (también titulados) y 684 pacientes recibieron placebo¹⁰.

- Estudios clínicos comparativos¹⁰

Dos ensayos clínicos idénticos doble ciego compararon prospectivamente la eficacia de Vareniclina (1mg dos veces al día), bupropión de liberación prolongada (150 mg dos veces al día) y placebo en la deshabituación tabáquica. En estos estudios de 52 semanas de duración, los pacientes recibieron tratamiento durante 12 semanas, seguido de una fase sin tratamiento de 40 semanas.

La variable primaria de los dos estudios fue el índice de abandono continuo de 4 semanas (4W-CQR) desde la semana 9 hasta la semana 12, confirmado por el monóxido de carbono (CO). La variable primaria de Vareniclina demostró superioridad estadística comparada con bupropión y placebo.

Tras la fase sin tratamiento de 40 semanas, una variable secundaria clave para ambos estudios fue el Índice de Abstinencia Continua (AC) en la semana 52. AC se definió como la proporción de todos los sujetos tratados que no fumaron (ni siquiera una calada de un cigarrillo) desde la Semana 9 hasta la Semana 52 y que no tuvieron una medida de CO exhalado de >10 ppm.

Los índices de abandono continuo de 4 semanas (4W-CQR) medidos desde la semana 9 hasta la 12, y los índices de Abstinencia Continua (AC) desde la semana 9 hasta la 52, de los estudios 1 y 2 se incluyen en la tabla X.

En los dos Estudios 1 y 2 durante el tratamiento activo, los síntomas del ansia de fumar y la retirada fueron significativamente reducidos en los pacientes aleatorizados a Vareniclina comparado con placebo. Además, Vareniclina redujo significativamente los efectos de refuerzo del fumar, que pueden perpetuar el comportamiento de fumar en pacientes que fuman durante el tratamiento, comparado con placebo. No se midieron los efectos de Vareniclina sobre el ansia de fumar, retirada y reforzamiento de fumar durante la fase de seguimiento a largo plazo sin tratamiento.

Tabla X. Índices de 4W CQR y AC en los estudios comparativos 1 y 2.¹⁰

| | Estudio 1 (n = 1022) | | Estudio 2 (n = 1023) | |
|---|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|
| | 4W CQR | AC | 4W CQR | AC |
| | sem 9-12 | sem. 9-52 | Sem 9-12 | sem. 9-52 |
| Vareniclina | 44,4% | 22,1% | 44,0% | 23,0% |
| Bupropión | 29,5% | 16,4% | 30,0% | 15,0% |
| Placebo | 17,7% | 8,4% | 17,7% | 10,3% |
| Odds Ratio (Vareniclina Vs Placebo) | 3,91 p < 0,0001 | 3,13 p < 0,0001 | 3,85 p < 0,0001 | 2,66 p < 0,0001 |
| Odds Ratio (Vareniclina Vs Bupropión) | 1,96 p < 0,0001 | 1,45 p = 0,0640 | 1,89 p < 0,0001 | 1,72 p = 0,0062 |

- Estudio del mantenimiento de la abstinencia¹⁰

El tercer estudio valoró el beneficio de una terapia adicional de 12 semanas con Vareniclina en el mantenimiento de abstinencia. Los pacientes en este estudio (n=1.927) recibieron Vareniclina 1 mg dos veces al día durante un periodo de 12 semanas sin enmascaramiento. Los pacientes que dejaron de fumar antes de la Semana 12 después fueron aleatorizados para recibir o bien Vareniclina (1 mg dos veces al día) o placebo durante un periodo adicional de 12 semanas para una duración total de estudio de 52 semanas.

La variable primaria del estudio fue el índice de abstinencia continua confirmada por Monóxido de Carbono (CO) desde la semana 13 hasta la semana 24 en la fase doble ciego de tratamiento. Una variable secundaria clave fue el índice de abstinencia continua (AC) de la semana 13 hasta la semana 52.

Este estudio demostró el beneficio de un tratamiento adicional de 12 semanas con Vareniclina 1 mg dos veces al día para el mantenimiento de la deshabitación tabáquica comparado con placebo. El odds ratio del mantenimiento de la abstinencia en la semana 24, después de un tratamiento adicional de 12 semanas con Vareniclina, fue 2,47 veces para placebo ($p < 0,0001$). La superioridad frente a placebo en AC se mantuvo hasta la semana 52 (Odds ratio=1,35, $p = 0,0126$). Los resultados claves de este estudio se resumen en la tabla XI.

Tabla XI. Resultados del Estudio de Mantenimiento de Abstinencia¹⁰

| | Vareniclina | Placebo | Diferencia | Odds Ratio |
|------------------------------|--------------------|----------------|----------------------------|-------------------------|
| | n=602 | n=604 | (95% IC) | (95% IC) |
| AC semana 13-24 | 70,6% | 49,8% | 20,8% (15,4%-26,2%) | 2,47 (1,95-3,15) |
| AC semana 13-52 | 44,0% | 37,1% | 6,9% (1,4%-12,5%) | 1,35 (1,07-1,70) |

- Estudio en sujetos sometidos a un nuevo tratamiento con Vareniclina¹⁰

Vareniclina se evaluó en un ensayo doble ciego, controlado con placebo, en 494 pacientes que habían realizado un intento anterior por dejar de fumar con Vareniclina y no lo consiguieron o sufrieron una recaída después del tratamiento. No se incluyó a los sujetos que presentaron un acontecimiento adverso de interés durante el tratamiento anterior. Se aleatorizó a los pacientes en una proporción de 1:1 para recibir 1 mg de Vareniclina dos veces al día (n = 249) o placebo (n = 245) durante 12 semanas de tratamiento, y se les sometió a un seguimiento de hasta 40 semanas después del tratamiento. Los pacientes incluidos en este estudio habían tomado Vareniclina en un intento por dejar de fumar en el pasado (durante un periodo total de tratamiento de dos semanas como mínimo) al menos tres meses antes de la incorporación al estudio, y llevaban fumando al menos cuatro semanas.

Tabla XII. Resultados de Estudio en pacientes sometidos a nuevo tratamiento de Vareniclina¹⁰

| | Vareniclina n=249 | Placebo n=245 | Odds Ratio (95% IC) valor p |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| AC semana 9-12 | 45,0% | 11,8% | 7,08 (4,34-11,55) p < 0,0001 |
| AC semana 9-52 | 20,01% | 3,3% | 9,00 (3,97-20,41) p < 0,0001 |

Los pacientes tratados con Vareniclina tuvieron una tasa de abstinencia confirmada por el monóxido de carbono (CO) superior desde la semana 9 hasta la 12 (45,0%) en comparación con los pacientes tratados con placebo (11,8%) (odds ratio 7,08; IC 95% 4,34-11,55; p < 0,0001) y desde la semana 9 hasta la 52 (20,1%) en comparación con los sujetos tratados con placebo (3,3%) (odds ratio 9,00; IC 95% 3,97-20,41; p < 0,0001). Los resultados claves se resumen en la tabla XII.

- *Pacientes con enfermedad cardiovascular*¹⁰

Se ha evaluado Vareniclina en un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo en sujetos con enfermedad cardiovascular estable (distinta, o añadida a, hipertensión) que habían sido diagnosticados durante más de 2 meses. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir 1 mg de Vareniclina dos veces al día (n=353) o placebo (n=350) durante 12 semanas y posteriormente fueron controlados durante las 40 semanas posteriores al tratamiento.

El Índice de Abandono (CQR) a las 4 semanas fue de 47,3% y 14,3% con Vareniclina y placebo, respectivamente y la Abstinencia Continua (AC) en las semana 9-52 fue del 19,8% (Vareniclina) vs 7,4% (placebo).

Las muertes y acontecimientos cardiovasculares graves fueron adjudicados por un comité ciego. Los siguientes acontecimientos adjudicados se produjeron con una frecuencia $\geq 1\%$ en cualquier grupo de tratamiento durante la terapia (o en el periodo de 30 días tras el tratamiento): infarto de miocardio no mortal (1,1% frente a 0,3% con Vareniclina y placebo, respectivamente), y hospitalización por angina de pecho (0,6% frente a 1,1%). Durante el seguimiento sin tratamiento hasta la semana 52, se incluyeron entre los acontecimientos adjudicados la necesidad de revascularización coronaria (2,0% frente a 0,6%), hospitalización por angina de pecho (1,7% frente a 1,1%), y nuevo diagnóstico de enfermedad vascular periférica (EVP) o admisión por un procedimiento de EVP (1,4% frente a 0,6%).

Algunos de los pacientes que requirieron revascularización coronaria se sometieron al procedimiento como parte del tratamiento del infarto de miocardio no mortal y de la hospitalización por angina. Se produjo muerte cerebrovascular en un 0,3% de los pacientes del grupo de Vareniclina y en un 0,6% de los pacientes del grupo placebo durante el periodo de 52 semanas del estudio.

Para evaluar sistemáticamente la seguridad cardiovascular de Vareniclina, se llevó a cabo un metanálisis de 15 ensayos clínicos que presentaran como mínimo 12 semanas de duración del tratamiento, incluyendo

7.002 pacientes (4.190 con Vareniclina, 2.812 con placebo). El estudio en pacientes con una enfermedad cardiovascular estable, descrito anteriormente, se incluyó en el metanálisis.

El análisis de la seguridad cardiovascular clave incluía la aparición y la distribución temporal de una variable compuesta de acontecimientos adversos cardiovasculares importantes, MACE por sus siglas en inglés, definidos como muerte por causa cardiovascular, infarto de miocardio no mortal e ictus no mortal. Estos acontecimientos incluidos en la variable fueron asignados por un comité independiente y ciego. En general, se produjo un pequeño número de MACE durante el tratamiento en los ensayos incluidos en el metanálisis (Vareniclina 7 [0,17%]; placebo 2 [0,07%]). Además, se produjo un número pequeño de MACE en un plazo de 30 días después del tratamiento (Vareniclina 13 [0,31%]; placebo 6 [0,21%]).

El metanálisis mostró que la exposición a Vareniclina ocasionó un cociente de riesgo (HR) de MACE de 2,83 (intervalo de confianza de 95% desde 0,76 hasta 10,55, $p=0,12$) para los pacientes durante el tratamiento y 1,95 (intervalo de confianza de 95% desde 0,79 hasta 4,82, $p=0,15$) para los pacientes durante un plazo de 30 días después del tratamiento. Estos datos equivalen a un aumento estimado de 6,5 acontecimientos MACE y 6,3 acontecimientos MACE por 1.000 pacientes-año de exposición. El cociente de riesgo (HR) de MACE fue superior en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular adicionales aparte del tabaquismo en comparación con los pacientes sin ningún factor de riesgo cardiovascular aparte del tabaquismo.

Hubo tasas similares de mortalidad por todas las causas (Vareniclina 6 [0,14%]; placebo 7 [0,25%]) y mortalidad por causa cardiovascular (Vareniclina 2 [0,05%]; placebo 2 [0,07%]) en los grupos de Vareniclina en comparación con los grupos de placebo del metanálisis.

- Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve o moderada¹⁰

Se demostró la seguridad y eficacia de Vareniclina (1 mg dos veces al día) para la deshabituación tabáquica en pacientes con EPOC de leve a moderada en un ensayo doble ciego aleatorizado, controlado con placebo. En este estudio de 52 semanas, los pacientes recibieron tratamiento durante 12 semanas, seguido de una fase sin tratamiento de 40 semanas. La variable primaria de este estudio fue el índice de abandono continuo de 4 semanas (4W CQR) desde la semana 9 hasta la semana 12 y una variable secundaria clave fue el Índice de Abstinencia Continua (AC) desde la semana 9 hasta la semana 52. El perfil de seguridad de Vareniclina fue comparable al notificado en otros ensayos clínicos en población general, incluyendo la seguridad pulmonar.

En la tabla XIII se muestran los resultados del 4W CQR (desde la semana 9 a la 12) y la tasa de AC (desde la semana 9 hasta la 52).

Tabla XIII. Resultados de Estudio en pacientes con EPOC leve a moderada¹⁰.

| | 4W CQR | AC Sem. 9-52 |
|--|-----------------|---------------------|
| Vareniclina (n = 248) | 42,3% | 18,5% |
| Placebo (n = 251) | 8,8% | 5,6% |
| Odds Ratio (Vareniclina Vs Placebo) | 8,40 p < 0,0001 | 4,04 p < 0,0001 |

2.7 El marketing y su enfoque social

Según Alan Andreasen⁴⁷ se define el marketing social como *“la aplicación de las técnicas del marketing comercial para el análisis, planteamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir en el comportamiento voluntario de la audiencia objetivo en orden a mejorar su bienestar personal y el de su sociedad”* por ello es que el objetivo de tiene su basamento en el marketing social, ya que a partir de un producto diseñado para ayudar en el proceso de cesación tabáquica y analizando la complejidad que implica el abandonar este hábito, se plantea la creación de un programa de apoyo integral basado en las necesidades y gustos del paciente objetivo, así como también introducir en la terapia ya existente, el entorno social como una variante fundamental en todo el proceso.

Aunque parece novedoso y actualmente está en boga, la idea del marketing social data de hace mucho tiempo cuando Kotler¹² planteaba en 1971, que se debía investigar primero las necesidades del cliente antes de resaltar las habilidades del producto, llamando a este proceso el producto

social, con el fin de conocer si este podría ser aceptado y fidelizado por el cliente, cuando éste observara sus beneficios y la importancia de su adquisición. Adicionalmente, para 1993, Kotler y Roberto¹² plantearon la existencia de diferentes tipos de demandas que debían ser investigadas e identificadas a fin de satisfacerlas y cubrir un mayor espectro de clientes.

2.7.1 Tipos de demandas

Los tipos de demandas establecidos por Kotler y Roberto¹² son:

- *Demanda Latente*: La demanda es latente cuando un considerable número de personas comparte una fuerte necesidad de un producto o servicio social efectivo que no existe. El hecho de no poder abandonar el hábito tabáquico es una demanda que se encuentra latente en porcentaje importante de la población. La investigación plantea una solución para transformarla en una demanda que sea real y realizable.
- *Demanda Insatisfecha*: Donde los productos o servicios disponibles no son suficientes ni satisfacen la demanda de los destinatarios. Para ello se debe desarrollar un nuevo producto o mejorar uno ya existente para satisfacer la demanda.
- *Demanda Dañina*: Es cuando los destinatarios tienen ideas socialmente perjudiciales, como por ejemplo el racismo, o tienen malos hábitos como alcohol en exceso o conducir imprudentemente. Para lograr que estos grupos abandonen esas prácticas dañinas, los especialistas deben proporcionar una idea o práctica sustitutiva satisfactoria. Según Kotler y

Roberto, un error estratégico muy común, es el de intentar introducir un sustituto totalmente opuesto a la idea o conducta indeseable. Para efectos de este trabajo de investigación se debe tratar de no caer en este tipo de luchas con el mercado objetivo porque puede sentirse invadido, lo cual puede desviar por completo el foco de su terapia.

- *Demanda dual:* Es cuando tienen que crearse destinatarios, tanto para un concepto de producto, como un instrumento o medio para realizar el valor de producto social.
- *Demanda Abstracta:* Se presenta cuando en una campaña de marketing social buscan implantar una idea en un tiempo determinado, donde generalmente el público objetivo es muy amplio y los recursos escasos, intentando apoyar con otros mecanismos publicitarios o creando patrocinantes o convenio público-privado.
- *Demanda irregular:* Cuando la población objetivo es esporádica o por temporadas, como puede ser la venta de paraguas en épocas de lluvia vs la época de sequía.
- *Demanda Vacilante:* Este tipo de demanda se puede presentar, si luego de lanzado un producto con éxito, la demanda del producto social comienza a debilitarse. En ese caso, se debe poner más atención en volver a lanzar el producto con un nuevo programa de mercadotecnia social que apoye el nivel deseado de demanda. Este también podría ser el objetivo de este trabajo de investigación ya que en una primera fase el producto fue comercializado y su demanda ha ido disminuyendo a lo

largo del tiempo, lo que ha conllevado a una búsqueda del rescate de la marca mediante la concientización social.

Una vez identificada la demanda del producto y del servicio, se deberá segmentar el público al que se quiere dirigir el programa, que para efectos de este trabajo de investigación será estudiado en Venezuela. En este trabajo se considera que la demanda es Dual, debido a que se trata del lanzamiento del producto y por lo tanto se deben crear los destinatarios, pero al mismo tiempo se maneja el producto como tal y la campaña comunicacional asociada al mismo.

2.7.2 Aspectos del marketing mix

Esta investigación se basa en una estrategia de marketing social y se enfoca en las necesidades del paciente, sin embargo, se debe tener en cuenta los aspectos más relevantes del marketing mix, como lo son:

- Producto: Se refiere a un bien o servicio que será ofrecido al cliente y tiene definido claramente cuál es el mercado objetivo que va a abordar. En este caso se trata de un tratamiento coadyuvante en la cesación del hábito tabáquico como lo es LidCad⁴⁸.
- Precio: Es aquella cantidad de dinero que tendrá que otorgar el cliente para poder adquirir el producto. Para este trabajo se refiere al costo que debe asumir el paciente al momento de realizar la compra del tratamiento, debido a que el programa de apoyo es gratuito. Aunque también está reflejado en el tiempo a dedicar para interactuar en la

plataforma, asistir a las actividades que se realicen y sus consultas médicas, así como al esfuerzo que conlleva el pase de una conducta a otra. Involucrar a los miembros de su círculo de influencias y sus miedos o tabúes a la hora de hacerlo también forma parte del precio^{12, 48}.

- Promoción: La promoción es el conjunto de acciones dirigidas a motivar al público objetivo a adoptar un cambio en su comportamiento, siendo éste el objetivo principal del programa¹². Para ello se debe tener en claro:
 1. Quienes son los posibles competidores. Este paso es de vital importancia para poder segmentarlos e ir diferenciando cuales podrían afectar de manera más directa a la marca.
 2. Identificar cómo son vistos esos competidores por parte de los clientes potenciales. Al observar las fortalezas de la competencia y sus amenazas se hace más fácil el idear una estrategia que sea efectiva en cuanto al desplazamiento
 3. En qué posición están ubicados los competidores. Con el objetivo netamente de desplazar a ese competidor.
 - 4.Cuál sería la posición del producto a promocionar en el mercado.
En esta etapa es donde cobra vital importancia el cuadro DOFA cuyo acrónimo significa Debilidades Oportunidades Fortalezas y Amenazas, ya que se plantea un panorama general tanto del producto a promocionar como de la competencia y cómo pueden ser previstas situaciones del entorno y aprovecharlas a favor del mercadeo del producto interés⁴⁸

- Plaza o Distribución: En marketing social, la plaza se refiere a poner a disposición del grupo objetivo, los elementos necesarios para que el destinatario adopte el comportamiento propuesto por el programa. Esto incluye todo el trayecto que deba hacer el bien o servicio para poder llegar a las manos del consumidor¹². Con respecto a este trabajo de investigación la distribución contempla desde la importación del producto por parte de la planta de manufactura hasta la colocación en el punto de venta que es la farmacia, siguiendo los mecanismos tradicionales que posee la industria farmacéutica para su distribución que sería la intervención de uno o más mayoristas en el proceso según sea el caso de la farmacia a colocar.

Se debe facilitar en su mayoría que el grupo objetivo, en este caso los pacientes fumadores, pueda adoptar el comportamiento de abandono del hábito tabáquico por medio del consumo del medicamento LidCad. Para ello debe existir una correcta cadena de distribución del producto y su disponibilidad en el punto de venta, tomando en cuenta el vínculo que debe existir entre la terapia farmacológica y el programa de apoyo al paciente, ambos deben estar de la mano y poder brindar al paciente la mayor cantidad de awarness sobre la materia⁴⁸. En la figura 4, se muestra un diagrama explicativo de todos los componentes del marketing mix.

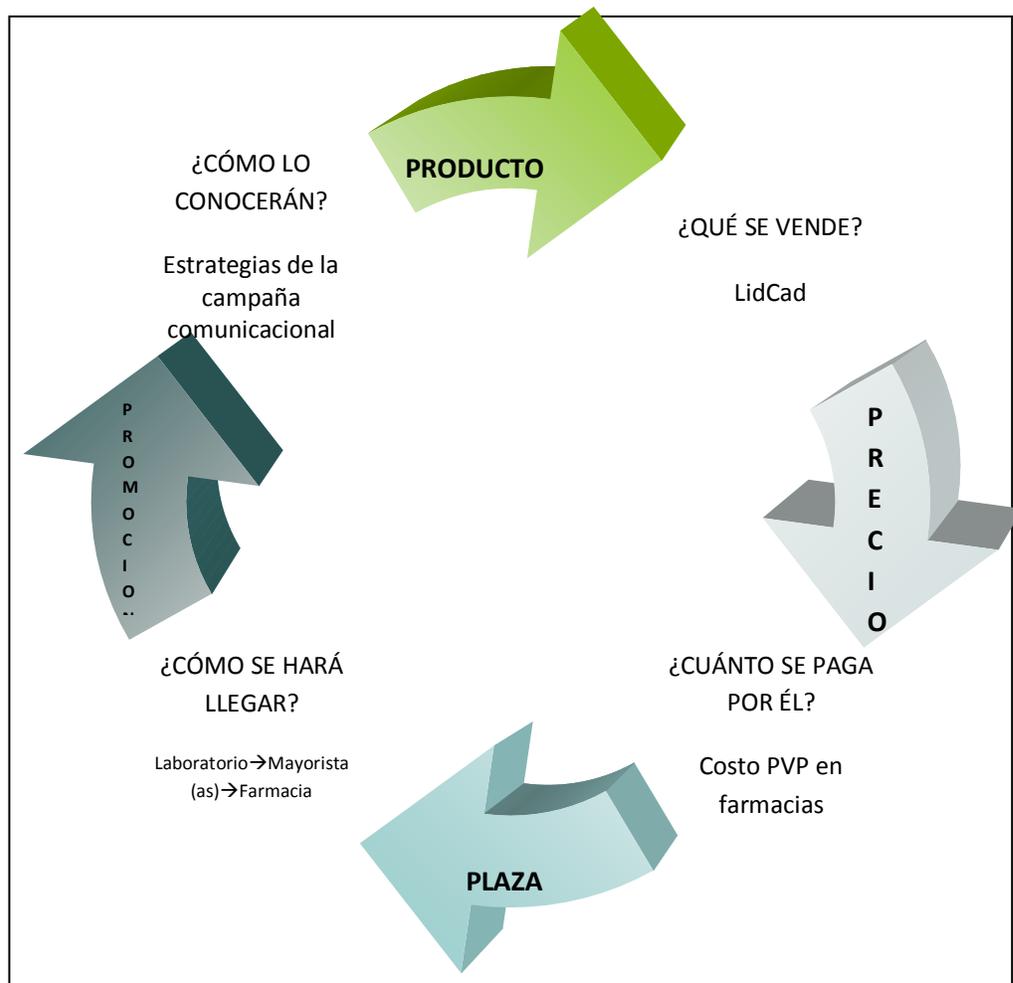


Figura 4. Diagrama Marketing Mix⁴⁹.

2.8 Social media marketing: La nueva forma de hacer marketing.

Actualmente se vive una era tecnológica y de comunicación acelerada, lo que conlleva a la generación de cambios continuos y constantes en todos los ámbitos de la vida, y de ello no se escapa el marketing; situación que cada día las empresas toman más en cuenta enfocándose en su principal objetivo que es el consumidor, que para este enfoque cambia su nombre a *prosumidor* o *prosumer*, que es aquel nuevo consumidor que se involucra con la marca o

servicio, interactúa con ellos y aporta ideas que hacen que la marca mejore y evolucione en pro de lo que quiere su gente; básicamente son vistos como los evangelizadores de la marca y cuyo rol es general una matriz de opinión viral que sea reproducida muy rápidamente mediante la triada: captación, fidelización, viralización⁵⁰.

En base a ese panorama se debe tener entonces un canal de comunicación de fácil acceso, rápido y que sensibilice al consumidor; es por ello que surgen los Social Media o Medios Sociales, que son definidos *“todas las tecnologías, plataformas y herramientas desarrolladas a partir de la web 2.0 que nos permiten interactuar con otros usuarios, empresas o marcas”*⁵⁰. Claramente se trata de una red de comunicación que involucra a todos los actores del proceso de compra y venta, pero adicionalmente esta definición es complementada con una más formal la cual se refiere a

*“todas las formas de compartir, comunicar, crear, gestionar, recibir, dar y obtener información y contenidos, y supone una democratización en cuanto a que da voz a cualquier individuo o entidad con capacidad para comunicar, y relevancia a aquellos que mayor destreza tengan para conseguirlo, a través de los diversos canales y redes”*⁵⁰.

Se puede decir que el modelo unidireccional de la información queda enterrado con esta propuesta, ya que permite individualizar en cierta forma la información que el consumidor quiere recibir, se segmenta el mensaje en

múltiples niveles, es decir, se pasa de un modelo de comunicación en masas, a un modelo de comunicación social, basándose en la sociedad del conocimiento, la capacidad tecnológica y la divulgación del mensaje. Así mismo, cuando se habla de Medios Sociales se refiere a todo aquello que genere una interacción múltiple con los usuarios como lo pueden ser redes sociales, blogs, plataformas que son exclusivas para compartir archivos (fotos, documentos, audio, video, entre otras), plataformas de geolocalización, juegos sociales o advergaming, y aplicaciones móviles sociales. No se trata solamente de abrir un blog o una cuenta en alguna red social, sino se trata de mantener comunicación fluida y constante para retroalimentar la estrategia de mercadeo del producto, importante es recordar que para el prosumidor lo importante no es el producto en sí, sino la idea del mismo, su filosofía y los valores que respaldan la marca, para que pueda conectar con sus emociones y fidelizarse con el mismo⁵⁰.

2.8.1 Metodología de estrategia social media

Como todo plan debe tener una estrategia la cual debe estar basada en planificación, establecimiento de objetivos, conocimiento del nicho del mercado y consistencia ante la idea, para ello se debe trabajar en base a un ciclo, representado en la Figura 5, que permita reevaluar los resultados, como lo es⁵⁰:

1° Investigación y Análisis: consiste en conocer la marca, sus valores, sus aspectos fundamentales, así como también los de la empresa y su competencia, es lo que se llama tener la visión de 360 grados del negocio.

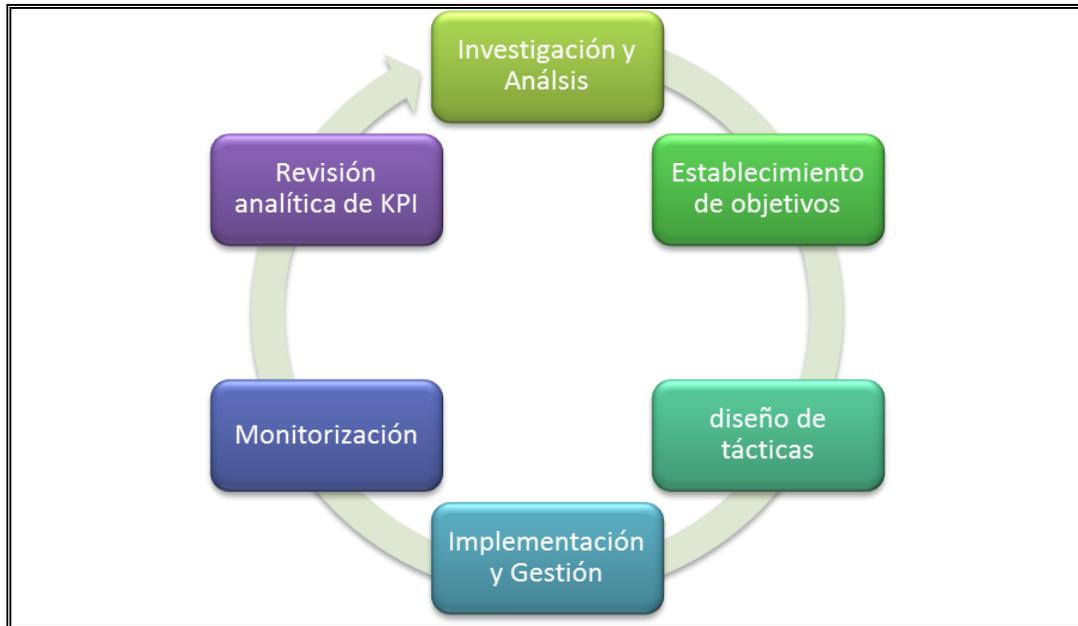


Figura 5. Metodología de Estrategia Social Media ⁵⁰

2° Establecimiento de objetivos: de corto, mediano y largo alcance. Son los que dan rumbo y orientación al proyecto, deben ser medibles, específicos y realizables.

3° Diseño de tácticas: son las acciones determinadas en el tiempo para un público objetivo o target, o también puede ser visto como la serie de pasos para lograr los objetivos.

4° Implementación y gestión: Luego de tener todo escrito y definido se lleva a cabo mediante los canales establecidos en la táctica.

5° Monitorización: Lo que no se mide no se evalúa, y por lo tanto no se conoce el impacto alcanzado en la población target, es por ello que se deben definir claramente los Key Performance Indicator por sus siglas en inglés KPI y su significado en español Indicador clave de rendimiento, que se refiere a los parámetros medibles y cuantificables que

determinaran numéricamente una variable directamente relacionada con los objetivos establecidos dentro de una estrategia o plan de marketing.

6° Revisión: Consiste en el proceso mediante el cual se le hace el control de calidad al proyecto.

Este será el modelo control que se adoptará en la campaña de comunicación con la finalidad de medir su progreso y éxito. Para ello, una vez realizada la investigación de campo se procederá a definir cuáles serán los KPI definitivos a medir y su metodología de evaluación y revisión, pero a modo general se tiene como controladores:

1. Las Ventas en unidades de LidCad para 2015 con respecto al estimado anual.
2. El número de pacientes afiliados al programa de apoyo al paciente.
3. Frecuencia de la comunicación a través del Contac Center.
4. Número de visitas a la página de acceso general a todo público.
5. Número de afiliados a la página por medio del programa de apoyo al paciente.
6. Numero de aprobaciones en redes sociales como lo son “Me gusta” en Facebook y “Favoritos” o “Retweet” en el caso de Twitter.
7. Frecuencia de visitas a los consultorios por parte de la Fuerza de Ventas.

8. Número de asistentes a las actividades programadas para pacientes.
9. Aumento en la prescripción por parte del médico.
10. Número y frecuencia de canje de cajas de LidCad.
11. Porcentaje de cobertura de ventas por parte de la Fuerza de Ventas.

Por otra parte, para cumplir a cabalidad con esta estrategia se debe seguir el método POST por sus siglas en inglés y cuyo acrónimo proviene de las palabras People Objectives Strategy Technology, el cual fue creado por la firma de investigación y asesoría Forrester Research⁵⁰. En el método POST, por sus siglas en inglés, se centra en Personas (people) debido a que los medios sociales se enfocan o centran en personas aquí se debe conocer muy bien a la audiencia dirigida y sus gustos para poder lograr la empatía necesaria a la hora de trabajar las redes, Objetivos (objectives) aquí se pregunta ¿Qué se quiere hacer con las personas? ¿fidelizarlas, crear alianzas de atención al cliente, conocimiento de la marca?, Estrategia (Strategy) en esta parte para Forrester se trata de imaginar en un futuro qué pasaría si lograra los objetivos trazados y cómo se encontraría el posicionamiento de la marca ante el usuario, es saber a dónde se quiere llegar y cómo hacerlo; y Tecnología (technology) la cual se basa en las plataformas, aplicaciones, herramientas, software que se pueda usar para poder cumplir con los objetivos⁵⁰.

En este estudio, hay que tomar en cuenta que el cliente no busca comprar el producto sino la solución a su problema de salud o el de su paciente,

que sea mediante un producto seguro y efectivo, para ello la campaña de marketing se deberá realizar de dos maneras:

- Tipo *outbound*
- Tipo *inbound*.

2.8.2 Marketing outbound e inbound

En el marketing *outbound* se utiliza campañas como telemarketing, buzón, email, publicidad en radio o televisión, entre otros. Mientras que el marketing *inbound* son todas las acciones, estrategias y tácticas que van a hacer que el consumidor se fidelice con la marca pero sin ser invasivos, sin acudir al consumidor, sino más bien haciendo que el consumidor acuda a la marca. Cuando se analiza estas estrategias son las clásicas *push (outbound)* y *pull (inbound)* que se han realizado por años en marketing pero enfocados en una nueva estrategia digital y de fidelización por medio de empatía y humanización de la marca⁵⁰.

Debido a que el producto a mercadear es de tipo ético y su naturaleza hace que según las leyes venezolanas no se pueda realizar publicidad libremente del mismo se plantea realizar la actividad de promoción y educación de medios en base a blogs en donde se le brinde tanto al paciente como a su entorno información para superar sus problemas de adicción. En tal sentido se plantea utilizar el método del blog de carácter personalizado y con un código de acceso para evitar la información del producto de manera libre, dicho código será otorgado mediante la afiliación del programa de apoyo al paciente, este

blog debe contener una serie de métricas que definan cómo está siendo el alcance y valoración por parte del consumidor, entre las cuales se destacarán⁵⁰:

- Número de visitantes: es el número de personas que entran y visitan el blog, en estos no se distinguen si son de primera vez o recurrentes.
- Número de páginas vistas: a mayor contenido y ventanas de interacción en el portal, mayor será la probabilidad que el consumidor pueda investigar en el blog y pueda quedar enganchado con el contenido.
- Usuarios: Se evalúan mediante los números de comentarios dejados en la página, así como también mediante las estrategias de análisis que ofrece google.
- Porcentaje de rebote: Es una métrica de gran importancia porque indica cuántas personas ingresan al portal y se retiran del mismo sin tener interacción o leer algún contenido.
- Número de suscriptores: Es importante para conocer el avance o progreso de la página si los contenidos publicados son del agrado o satisfacción del consumidor.
- Número de comentarios: Indica la interacción que se pueda tener con la página en cuanto ya a valores de fidelización, es el valor cualitativo de la misma y conocer que piensan los consumidores mediante
 - Conversiones: cantidad de lectores que se convierten en usuarios, y estos que se convierten en prosumidores.

- Análisis de los perfiles de los usuarios o visitantes: nos indica el nicho de mercado al cual está llegando y con cual se debe enfocar o mejorar la campaña.
- Temas de interés: que son compartidos con más frecuencia o que son más visitados.
- Bookmarks o marcadores: Es el seguimiento que se le da a ese artículo, si es compartido o comentado por cuántas personas está siendo visto y cuáles son sus intereses de manera tal que pueda viralizar el contenido en los círculos de influencia del prosumidor.

Ante la observación de estas métricas se puede observar que un blog es de vital importancia para la empresa y la marca debido a que ayuda a posicionar el producto en torno al mercado de interés, facilitando el diálogo con el cliente de manera activa y rápida sin necesidad de esperar varios meses para conocer el pensamiento de los mismos, por lo tanto ayuda en gran manera al branding, centro de interés de la marca trayendo como consecuencia el anhelado prosumidor que será imagen y portavoz de la marca, afianzando la confianza de la misma y viralizando el producto de manera más efectiva y rápida por el mercadeo boca a boca⁵⁰.

Pero como no se trata de definir un plan de contenidos de un blog sino de una estrategia integral y global se debe enlazar este con las redes sociales de mayor penetración de la audiencia objetivo, adicionalmente con los medios

offline para que el programa se muestre coherente, accesible, fiable, transparente y único. Según un estudio realizado por la compañía de investigación de mercado por internet ComScore⁵⁰ para enero del 2012, las redes sociales donde los usuarios pasaban la mayor cantidad de minutos al día eran Facebook con 405 minutos, Tumblr y Pinterest con 89 minutos cada una, y twitter en tercer lugar con 21 minutos; debido a que en Venezuela las redes Tumblr y Pinterest no tienen mayor penetración se decide trabajar con conexión en las redes Facebook y Twitter colocando información netamente de la campaña, sin mencionar el nombre del producto LidCad, para no caer en inducción o promoción del mismo y así evitar incumplir en la normativa venezolana, para ello se colocarán frases positivas de cambios de hábitos pero para mayor información al respecto deberá acudir al link anexo que lo llevará al blog anteriormente señalado y que para cuyo acceso deberá tener una clave proporcionada por el médico prescriptor, y cuyo acceso le permitirá tener más información del producto.

La ventaja de usar estas dos redes sociales es que podemos enfocarnos en dos aspectos diferentes, por su parte en Facebook siendo la más popular y usada de las redes sociales con más de 900 millones de usuarios activos en todo el mundo puede dar a conocer los aspectos emocionales del paciente y su entorno, sus gustos, hábitos, tendencias, preferencias, problemas, etc., es como si se le realizara una radiografía al perfil del paciente a tratar y por lo tanto permite hacer segmentación y target de manera continua. Por su parte Twitter es un medio de participación e interacción de manera fácil y rápida que se

integra perfectamente con las estrategias online y offline, más que una red social se puede definir como una red de contenidos, en donde el paciente busca tips o frases rápidas que pueden ser de gran ayuda. Mientras Facebook nos da los resultados relativos al sentimiento y percepción del paciente, Twitter da la información sobre la calidad de la habilidad de comunicación por lo tanto es más segmentado y profesional y en ambos se deben manejar las mismas estrategias, diferenciando la implementación de estas de acuerdo a la red social, de manera tal que no sea una repetición de la misma información por diferentes canales, sino que procure llamar la atención de diversos públicos o usuarios⁵¹.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En esta sección, se explica la metodología del proyecto a desarrollar, incluyendo el tipo de investigación, las técnicas y los procedimientos que serán utilizados para llevar a cabo el estudio, en resumen, se explica detalladamente cómo se realizará el estudio para responder al problema planteado⁵².

3.1 Nivel de investigación

En cualquier trabajo de investigación, el primer reto con el que se encuentra el ejecutor es la definición del tipo de investigación que va a realizar, ya que la escogencia determinará cuáles son los pasos que se deben dar, que instrumentos utilizar y la forma de análisis de los datos recaudados.

Tomando como base el estudio de Roberto Hernández Sampieri⁵³ sobre la realización de proyectos de investigación en su libro *Metodología de la Investigación*, se definió el diseño de la investigación de tipo mixto, ya que desde un punto de vista práctico, cualquier estudio puede tener más de un tipo de investigación. El proceso de investigación está comprendido por distintas etapas que pueden hacer variar el enfoque según se vayan completando cada una de las fases.

En principio éste estudio será de tipo exploratorio, que se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es evaluar o indagar sobre un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes⁵³.

En todos los estudios de investigación revisados hasta la fecha, se aborda la adicción al cigarrillo como un elemento aislado del entorno del fumador. Los programas de ayuda al paciente fumador, en su gran mayoría van dirigidos a programas de concientización sobre los efectos del cigarrillo, principalmente a través de imágenes y videos que muestran las consecuencias del cigarrillo. Por otra parte, los programas de cesación tabáquica existentes tratan la adicción como un elemento meramente cognitivo, donde se busca desestimular el deseo de fumar a través de la ingesta de medicamentos que reducen la sensación de ansiedad.

Si bien ambos enfoques son importantes en el efecto que genera en el paciente fumador, se observó una oportunidad importante en el abordaje del paciente a través de su entorno. Por consiguiente, se busca identificar de qué manera el fumador se ve influenciado por su entorno en el proceso de adicción al cigarrillo mediante la realización de encuestas cara a cara por intersección con el objetivo de determinar los motivadores en el proceso de cesación, elementos coadyuvantes y sobre todo la percepción del fumador sobre su entorno, ya que como lo menciona Sampieri⁵³, esta clase de investigación son comunes en los estudios del comportamiento, sobre todo en situaciones donde hay poca información.

Una vez completada la etapa exploratoria, la investigación desarrollará una fase descriptiva basada en el bosquejo de un programa que sirva de apoyo al paciente que desea comenzar o está en el proceso de cesación tabáquica. Al obtener toda la información referente a la conceptualización de la adicción por parte de los pacientes fumadores y sobre todo, de qué manera se puede

abordar para incrementar la efectividad del programa, es posible diseñar una campaña que aborde cada una de estas interrogantes.

Los estudios descriptivos buscan identificar las propiedades importantes de los grupos investigados, de acuerdo a Sampieri⁵³ en un estudio descriptivo se seleccionan una serie de interrogantes y se mide cada una de ellas de manera independiente, para así describir lo que se investiga.

Con los elementos obtenidos a través de la fase exploratoria, y desarrollados en la fase descriptiva, se espera diseñar una campaña basada en un programa de apoyo al paciente con un diseño ajustado a las necesidades expresadas por los pacientes, con la finalidad de satisfacer las mismas, y guiarlos a alcanzar su objetivo que es dejar de fumar.

3.1.2 Variables y bases conceptuales de la investigación

Las investigaciones mixtas de tipo social, buscan identificar principalmente patrones de comportamiento que puedan estar relacionados o no con otras variables.

Los investigadores en este trabajo de grado se han planteado la existencia de tres variables:

- ***El hábito del cigarrillo.***
- ***El entorno social del paciente.***
- ***La variable comunicacional.***

En cuanto a la primera variable, éste hábito es un elemento conocido ampliamente a nivel mundial como una de las principales adicciones más difíciles de combatir por dos razones principales, la primera de ellas está

asociada al elevado nivel de adicción que genera la nicotina en el cuerpo humano y su potencial para generar dependencia y en segundo lugar, la dificultad que representa para el paciente el aceptar que es adicto al cigarrillo y por consiguiente abandonar el hábito.

La segunda variable se define como elemento determinante para influir de manera directa o indirecta en la formación del hábito del cigarrillo y en el cese de este hábito, ya que las presiones del grupo familiar o social donde se desenvuelve el paciente, lo puede guiar para desarrollar el hábito y también para que un proceso de cesación tabáquica sea satisfactorio o no.

La variable comunicacional es un elemento que puede lograr influenciar ambas o una de las variables anteriores, por lo que se busca identificar en qué medida, la definición de una campaña comunicacional dirigida al paciente fumador y a su entorno social, puede modificar los hábitos del cigarrillo.

Por otra parte, las bases conceptuales de este trabajo están asociadas a elementos químicos y sociales, los cuales en conjunto permiten la comprensión y análisis del objeto de estudio. Como primera base se encuentran los elementos químicos, los cuales no hacen más que permitir a los investigadores la comprensión y análisis del funcionamiento orgánico del cigarrillo en las personas y su posterior adicción. De igual forma, la estructura química de la molécula desarrollada para la ayuda al paciente en el proceso de cesación tabáquica, permite comprender cuáles son los cambios que produce en el organismo y de qué manera logra potenciar la pérdida progresiva de la adicción.

Como segunda base, resaltan los elementos sociales en dos dimensiones. La primera, representada por todo el entorno social del paciente como elemento determinante, tanto en la formación del hábito del cigarrillo, así como en el proceso de cesación tabáquica una vez que la persona es adicta. Mientras que la segunda dimensión del elemento social, se refiere al marketing social como la rama de estudio que permite a los investigadores la conceptualización y definición de los elementos que servirán para el análisis del comportamiento social.

3.2 Diseño de la investigación

La investigación propuesta es de campo, planteada a través de la implementación de encuestas a pacientes fumadores para determinar las motivaciones que lo impulsan al consumo del cigarrillo, así como conocer sus experiencias pasadas con respecto a algún proceso de cesación tabáquica. De igual forma, se realizarán entrevistas a profundidad a expertos en la materia, como lo son, médicos especialistas principalmente en las áreas de Neumonología, Cardiología y Endocrinología, por ser las principales especialidades que recetan medicamentos para la cesación tabáquica, según IMS Health, y a integrantes de sociedades y organizaciones, que manejen información sobre los procesos de cesación tabáquica.

Se utilizará el método inductivo para la obtención de los resultados planteados en la investigación ya que se espera obtener conclusiones generales a partir de premisas particulares⁵⁴.

A través del análisis de los casos particulares conseguidos mediante las encuestas a fumadores y las entrevistas con doctores, se extraerán las conclusiones generales.

A partir de observaciones sistemáticas y experiencias vividas por los médicos especialistas y expertos en cesación tabáquica, se busca llegar a la conclusión referente al programa comunicacional idóneo para involucrar al paciente y a todo su entorno social en el proceso de cesación tabáquica del fumador.

3.2.1 Esquema para el diseño de la investigación

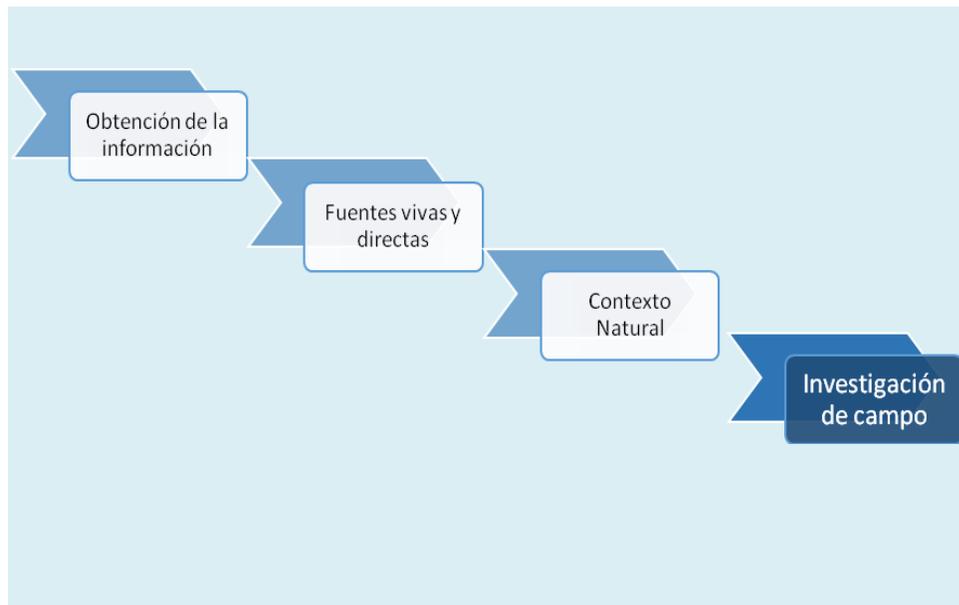


Figura 6. Esquema del diseño de investigación⁵⁴.

En la figura 6 se muestra el esquema que representa el diseño de investigación a seguir para este trabajo especial de grado, basados en la información obtenida en el libro de Hurtado⁵³.

3.3 Población y muestra

En un trabajo de investigación, la *población* se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. Mientras que la *muestra*, es el grupo de individuos que se toma de la población y que lo representa, para estudiar un fenómeno estadístico⁵⁵.

3.3.1 Población del estudio

Para este estudio, los investigadores definen la población como los habitantes fumadores de Venezuela.

Mediante una reciente publicación de la Oficina Nacional Antidroga, ONA de acuerdo a sus siglas en español y el Estudio Nacional de Drogas en la población general, ENDPG según sus siglas en español, realizado en el 2011, los venezolanos que más fuman son los del rango de edad de 22 a 35 años, y el porcentaje de la población de Venezuela fumadora es de 17,15%⁵⁶. Habiendo **30.206.307** habitantes en Venezuela según el Instituto Nacional de Estadística, y conociendo que aproximadamente el **17.15%** de la población es fumadora, se determinó que en Venezuela existen un total de **5.180.382** personas fumadores, siendo éste valor nuestra población total.

3.3.2 Muestra para la investigación

La definición de la muestra estuvo basada en elementos prácticos asociados a la accesibilidad de la información y al principio de la

representatividad. Se definió una muestra sobre la base de la representatividad que permitiera extrapolar los hallazgos obtenidos, al resto de la población perteneciente al segmento.

- Fórmula de Representatividad y Cálculo de la muestra

Se estableció el siguiente tamaño muestral en base al Error y al intervalo de confianza deseado, el mismo se calculó aplicando la siguiente fórmula:

| <p>FÓRMULA $n = Z^2 (p \cdot q) / e^2$</p> <p>FACTOR CORRECCIÓN $f = ((N - n) / (N - 1))^{(1/2)}$</p> | <p>n = Tamaño de la muestra Z = error estandar asociado p = 50 q = 50 e = error deseado N = Tamaño Universo</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|--------------------|--|--|-----|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|-----|---------------|------|------|------|-------------------------|-----|-----|-----|
| <p>ENTRADA DATOS</p> <p>e= <input type="text" value="7"/></p> <p>N= <input type="text" value="5180382"/></p>  | <p>RESULTADOS</p> <table border="1" data-bbox="1031 1045 1334 1213"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">NIVEL DE CONFIANZA</th> </tr> <tr> <th>90%</th> <th>95%</th> <th>99%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tamaño de la Muestra</td> <td>137</td> <td>196</td> <td>340</td> </tr> <tr> <td>Factor</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Muestra Ajustada</td> <td>137</td> <td>196</td> <td>340</td> </tr> </tbody> </table> | | NIVEL DE CONFIANZA | | | 90% | 95% | 99% | Tamaño de la Muestra | 137 | 196 | 340 | Factor | 1,00 | 1,00 | 1,00 | Muestra Ajustada | 137 | 196 | 340 |
| | NIVEL DE CONFIANZA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 90% | 95% | 99% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tamaño de la Muestra | 137 | 196 | 340 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Factor | 1,00 | 1,00 | 1,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muestra Ajustada | 137 | 196 | 340 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Figura 7. Cálculo del tamaño de la muestra⁵⁷.

Para este trabajo de investigación, se seleccionó un nivel de confianza de 90% por ser uno de los valores estándar para la realización de trabajos de investigación⁵⁷. Este nivel de confianza arroja un total de 137 personas fumadoras a encuestar, considerando este valor, una muestra factible para llevar a cabo la recopilación de la información de manera económica y eficiente, además que este número de encuestas, permitirá recolectar una cantidad robusta de información necesaria para el diseño de una campaña a partir de la necesidad del mercado meta primario, que son pacientes fumadores.

Se realizaron las encuestas en una de las zonas más representativas de la ciudad de Caracas, específicamente Chacaíto por presentar características particulares que definen un comportamiento extrapolable al resto de la población nacional, ya que en este sector se ubican personas de diferentes estratos sociales, niveles educativos, lugar de residencia, cultura y religión, edad y sexo⁵⁷. Adicionalmente, es factible y conveniente para los investigadores realizar la encuesta en esta zona de Caracas por la facilidad de acceso y la cantidad de transeúntes que circulan en el mencionado sector a cualquier hora del día, siendo los encuestados personas fumadoras y mayores de 18 años.

De acuerdo a Hernández Sampieri⁵³, el tipo de muestreo será no probabilístico, debido a que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra.

Los filtros al momento de la realización del levantamiento de la información en pacientes fumadores estuvieron determinados por la pregunta “¿Es usted fumador?”. De esta manera se logra discriminar de la muestra todas aquellas personas que no son fumadores, permitiendo obtener los hallazgos directamente del mercado meta. A su vez, para alcanzar los objetivos de este trabajo, se buscará dividir la muestra en conglomerados que cumplan con las siguientes características:

- Personas que no han intentado dejar de fumar.
- Personas que han intentado dejar de fumar y no lo han logrado.

- Personas que dejaron de fumar y retomaron el hábito de fumar cigarrillos.
- Personas que intentaron dejar de fumar y lo lograron.

Estos conglomerados permiten definir en qué medida parte de los supuestos que indican las razones por las cuáles una persona recae en el hábito del cigarrillo, están directamente relacionados entre sí, así como los grupos de pacientes que serán el mercado meta principal con mayor detalle.

3.4 Instrumento de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos están directamente relacionados con el diseño de la investigación previamente establecido. Los investigadores definieron la investigación de tipo mixta, utilizando herramientas de tipo cuantitativo y cualitativo. La aplicación de encuestas a fumadores permitirá obtener una muestra significativa de personas que actualmente fuman, al igual que la cantidad de personas que se encuentran en un proceso de cesación tabáquica. La recolección de los datos se realizará mediante la aplicación de encuestas en las zonas anteriormente especificadas a través de la visita directa de los investigadores.

También se utilizarán herramientas de tipo cualitativo como las entrevistas a profundidad de expertos, para determinar causas puntuales y experiencias de los médicos prescriptores y expertos en los procesos y campañas de cesación tabáquica.

Mediante la utilización de herramientas cualitativas y cuantitativas se contrasta en números la información obtenida de mano de los médicos prescriptores y otros expertos, para definir elementos mucho más apegados a las necesidades del paciente al momento del diseño del programa. Ver los instrumentos en anexo 1 y 2.

3.5 Técnicas para análisis de datos

El estudio cuantitativo hace énfasis en demostrar y contrastar la causalidad de los resultados y su posterior generalización en la investigación. La recogida de información se realizó de manera estructurada y sistemática para darle forma a los resultados de una manera objetiva.

Por ser una muestra previamente filtrada por los investigadores cuya la intención fue solo de obtener la información más relevante del tema, no hizo falta un proceso de depuración de la data una vez transcrita ni la eliminación de valores atípicos que distorsionaran la muestra.

Durante todo el proceso sistemático de análisis se procedió a la selección de la prueba estadística inferencial mediante la determinación de propiedades de la población, y su posterior clasificación.

Una vez obtenidos los datos, se realizó la clasificación por conglomerados, cuatro en total, arrojando una segmentación a estudio que permite definir estrategias puntuales según las características definidas en cada conglomerado.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de resultados es necesario destacar que al haber sido una investigación de campo, se utilizaron distintas herramientas de tipo cualitativo y cuantitativo para el levantamiento de información, por consiguiente el análisis de los resultados obedecerá de manera distinta según sea la técnica que fue utilizada para obtener la información.

El levantamiento de la información se llevó a cabo en dos fases. La primera de ella estuvo comprendida por una serie de entrevistas realizadas a personas fumadores en la ciudad de Caracas, específicamente en la zona de Chacaíto, realizándose en total 137 encuestas con base en la fórmula de representatividad, según se muestra en la Figura 7 (ver página 96).

Como segunda fase, se realizaron 9 entrevistas directas a médicos especialistas prescriptores de medicamentos para la cesación tabáquica, en la Gran Caracas, incluyendo zonas de El Paraíso, Santa Mónica y Altos Mirandinos, y una décima entrevista a un experto en proceso de cesación tabáquicas.

4.1 Análisis de resultados de las encuestas de fumadores

Lo primero que debe destacarse es que para la realización de esta encuesta, se procedió a una previa revisión del instrumento por parte del tutor y

de expertos en investigación de mercado, para asegurar que el objetivo de la misma estuviese cubierto, ver anexo 3.

A manera de segmentación es importante destacar el rango de edad y el sexo de los encuestados para identificar algún tipo de comportamiento particular asociado a dichas características que pudieran servir a los investigadores para el diseño del programa.

Del total de encuestados, el 63% estuvo representado por hombres versus sólo un 37% de personas del sexo femenino, distribuidos en rangos de edades entre 18 y más de 50 años. Con base en los datos obtenidos del estudio de la ONA en el año 2011⁵⁶, las personas fumadoras con mayores niveles de consumo de cigarrillo están entre 22 y 35 años, cifras que concuerdan con los datos arrojados por la encuesta implementada para dicha investigación, cuyos resultados fueron los siguientes:

Tabla XIV. Datos demográficos de la encuesta para fumadores

| Rangos de edad | % |
|-----------------------|------------|
| 18 – 25 | 24 |
| 26 – 35 | 31 |
| 36 – 50 | 23 |
| + 50 | 22 |
| Total | 100 |

Fuente: Autores, 2014

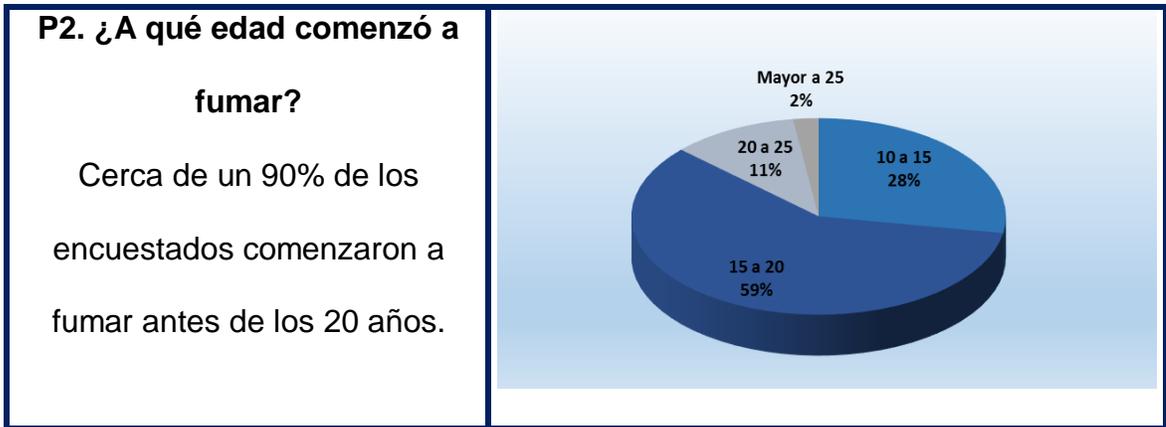


Gráfico 1. Resultados pregunta N° 2 de encuesta para fumadores.

Con respecto a la edad en la cual los encuestados comenzaron a fumar, los datos arrojados muestran que más el 85% de los encuestados comenzaron a fumar antes de los 20 años de edad, siendo éste un dato importante para identificar las motivaciones para comenzar a fumar a tan temprana edad.

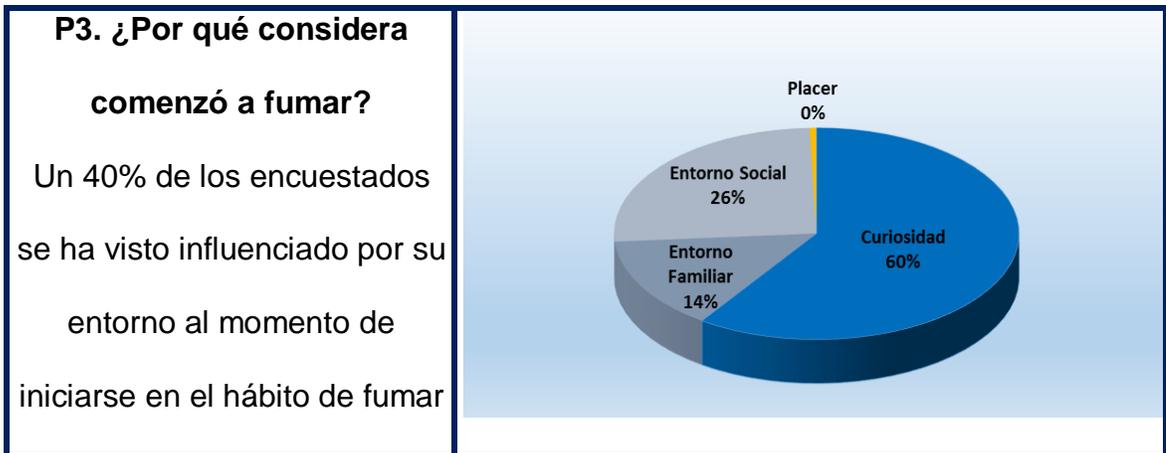


Gráfico 2. Resultados pregunta N° 3 de encuesta para fumadores

Al indagar sobre las razones que llevaron a estas personas a comenzar a fumar, más del 60% de los encuestados manifestaron que la principal razón por la cual decidieron comenzar a fumar fue por curiosidad. Teniendo en consideración el rango de edades en la cual se forma el hábito, no resulta

sorprendente que la principal razón sea curiosidad en una etapa de vida caracterizada por la necesidad de experimentar y asumir riesgos. Dicho comportamiento es ampliamente conocido por los distintos gobiernos y es por ello que existen políticas dirigidas a la prohibición de publicidad abierta de cigarrillos en muchos países por el efecto que tiene en los adolescentes, al inducirlos a asumir el cigarrillo como un comportamiento normal que no representa ningún efecto negativo para la salud.

Dentro de las otras razones manifestadas por los encuestados como las principales causas por la cual comenzaron a fumar, se encuentran el entorno familiar y el entorno social como parte de su patrón de conducta, sin embargo, con base en estudios anteriores ampliamente difundidos como el realizado por la Universidad de Navarra en el año 2011 para identificar los patrones de comportamiento del cerebro adolescente, se revela la vulnerabilidad que presentan los adolescentes con respecto a las decisiones y a la influencia de su entorno en general⁵⁸. El cerebro adolescente es inestable por los rápidos cambios que permiten el paso del cerebro infantil al cerebro joven, ya que en esta etapa se producen el proceso de la dependencia familiar a la independencia a través de las relaciones interpersonales y sociales, alterándose el mundo afectivo por la maduración de los sistemas que integran las emociones en las decisiones racionales.

Al desarrollarse la identidad y la necesidad de agradar, los adolescentes experimentan una de las fases expresadas por Maslow en el tercer escalón de su famosa Pirámide de Necesidades, ver figura 8, donde se dispara una

necesidad inherente al comportamiento humano en la búsqueda de pertenencias y adaptación a grupos, siendo particularmente necesario en esta etapa ser aceptado por el resto imitando comportamientos, en la cual el cigarrillo es uno de los principales motores de aceptación por parte del resto del grupo.



Figura 8. Pirámide de necesidades de Abraham Maslow¹⁸

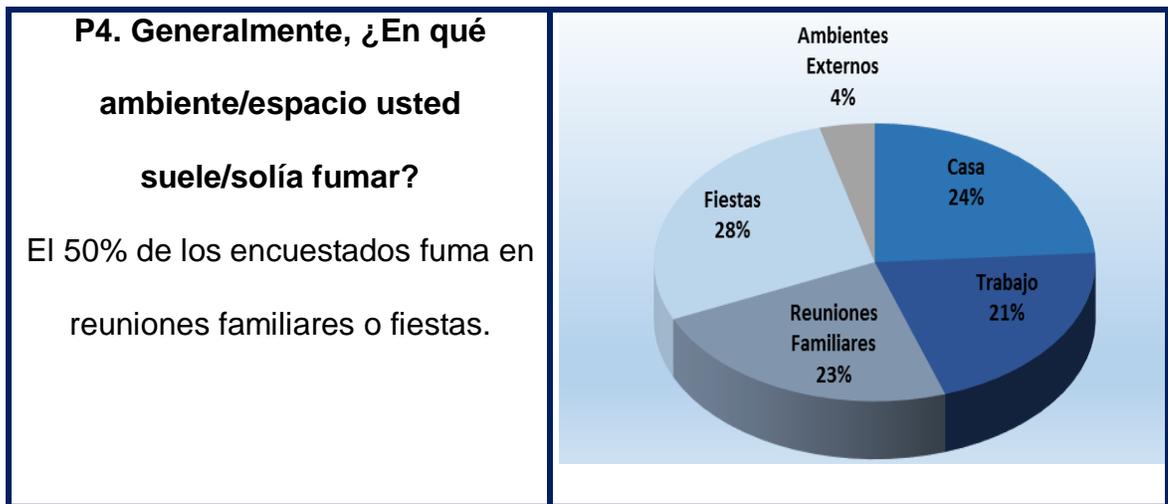


Gráfico 3. Resultados pregunta N° 4 de encuesta para fumadores

Al ser preguntados cual es el ambiente en el cual generalmente fuman, el 50% respondió que fumaban en fiestas o reuniones familiares. Seguido por la casa y el trabajo respectivamente.

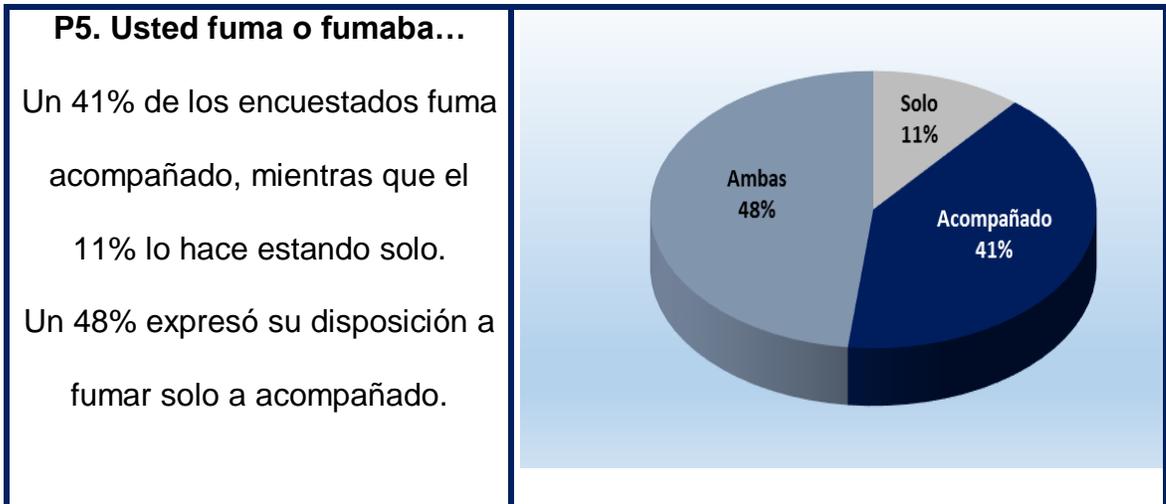


Gráfico 4. Resultados pregunta N° 5 de encuesta para fumadores

Al consultar a los fumadores al momento de fumar generalmente lo hacen solos o acompañados, un 41% manifestó que lo hacía acompañado, frente a solo un 11% que manifestó hacerlo solo. Sin embargo, un 48% expresó que podía realizarlo de ambas formas, mostrándose el carácter social que representa el cigarrillo para las personas.

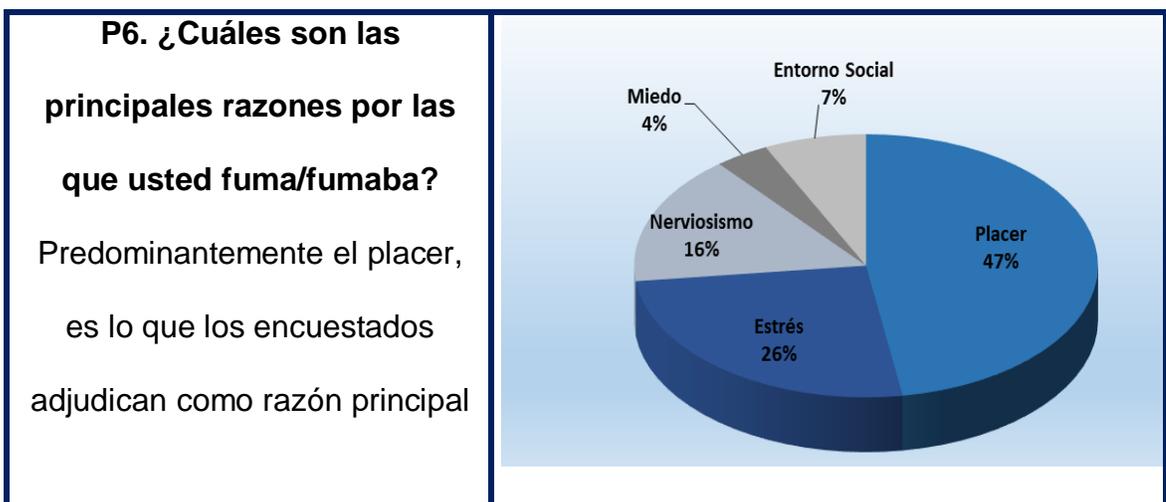


Gráfico 5. Resultados pregunta N° 6 de encuesta para fumadores

Con respecto a las razones por las cuales fumar, el 47% de los encuestados manifestó por la búsqueda de una sensación de placer, un 26%

manifestó que fumaba cuando tenía altos niveles de estrés, nerviosismo un 16%, mientras que el entorno social y el miedo, se mostraban con 7% y 4% respectivamente. Sin embargo, un artículo publicado por el psicólogo Andy Parrot⁵⁹ en la revista *Psychological Association's American Psychologist* muestra como esta concepción que tienen las personas en realidad es errónea.

Casi todos los fumadores que buscan terapias de cesación tabáquica o simplemente aceptan ser fumadores, manifiestan que la principal razón por la cual fuman es porque les genera placer, los relaja y los alivia del estrés. Sin embargo, la sensación de relajación no se debe a que se reduzcan los niveles de estrés en el organismo, se debe a la sensación de reducir la irritabilidad que genera la falta de nicotina en el organismo debido a la abstinencia⁵⁹. El cambio de humor que genera es entendido como relajación, sin embargo, no es más que una sensación momentánea en la reducción de la irritabilidad por la falta de nicotina, ya que tomando como premisa la reducción del estrés, Parrot⁵⁹ afirma que los niveles de estrés en los adultos fumadores son ligeramente más altos que aquellos no fumadores.

La asociación del cigarrillo con un efecto relajante ha sido formada por los años de publicidad por parte de las compañías tabacaleras vendiendo a los fumadores algo que en realidad tiene un efecto nocivo. Las compañías tabacaleras mostraron el cigarrillo como un estilo de vida, una forma de relajarse, de vivir y compartir, incluso de llevar una vida sana, mostrando personas con muy buena condición física y compartiendo situaciones cotidianas y divertidas en todas sus publicidades, estas campañas que estuvieron

presentes principalmente en los años 90, tuvo un efecto importante en la concepción del cigarrillo, si bien, actualmente se han impuesto regulaciones para evitar este tipo de publicidades, la percepción de que el cigarrillo no “mata”, sigue presente y en parte está asociado a esas campañas pasadas⁵⁹.



Figura 9. Publicidades Internacionales de las Compañías Lucky Strike® y Camel®



Figura 10. Publicidades de la Compañía Bigott® y su marca Belmont® en Venezuela

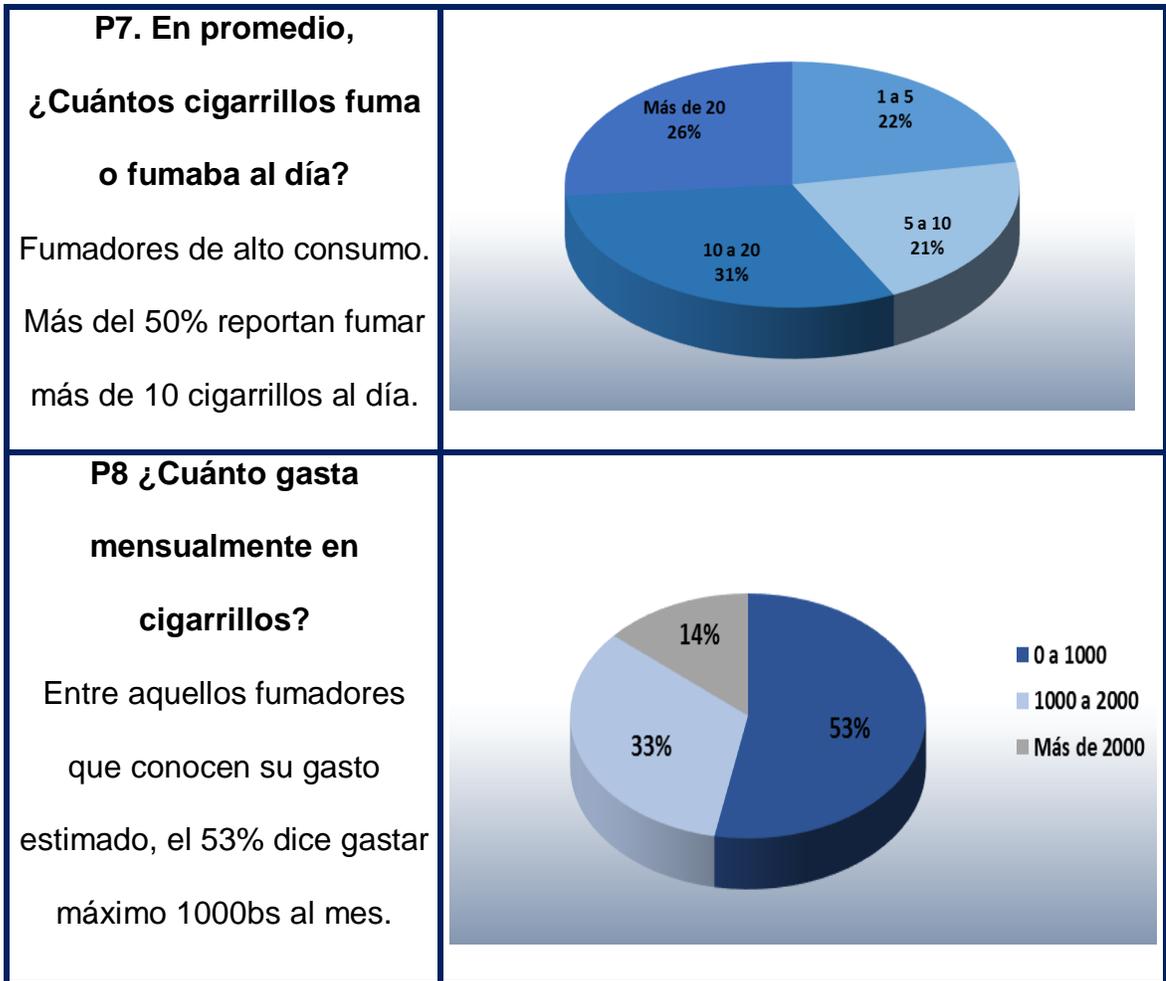


Grafico 6. Resultados preguntas N° 7 y N° 8 de encuesta para fumadores

Quando se les consultó a los encuestados con respecto al consumo de cigarrillos se evidenció el desconocimiento que tienen con respecto a su gasto mensual en cigarrillos. El 26% de los encuestados manifestaron consumir más de 20 cigarrillos diariamente, un 31% manifestó consumir entre 10 y 20 cigarrillos, mientras que el resto consume 10 o menos. Con base a estos números se puede decir que el costo estimado mensual de gastos de cigarrillos en más de la mitad de los encuestados es de casi 2000 Bs al mes, si se toma como base que una caja de cigarrillos grande contiene 20 cigarrillos y tiene un valor de BsF. 70 aproximadamente. Sin embargo, al consultar por el gasto

promedio mensual en cigarrillos, los encuestados manifestaron en un 53% que destinaban entre 0bs a 1000bs mensuales, mientras que un 33% manifestó gastar entre 1000bs y 2000bs al mes. Esto evidencia que en términos de impacto económico, los fumadores no están realmente conscientes de cuánto dinero están gastando en cigarrillos, sobre todo cuando se compara con un referencial económico como lo es la Canasta Básica Alimenticia que según el INE para el mes de mayo 2014 su valor estuvo ubicado en BsF. 4448,56 y el sueldo mínimo vigente para la misma fecha se ubicaba en BsF. 4251,78, siendo notorio el gasto elevado que acarrea el hábito de fumar.

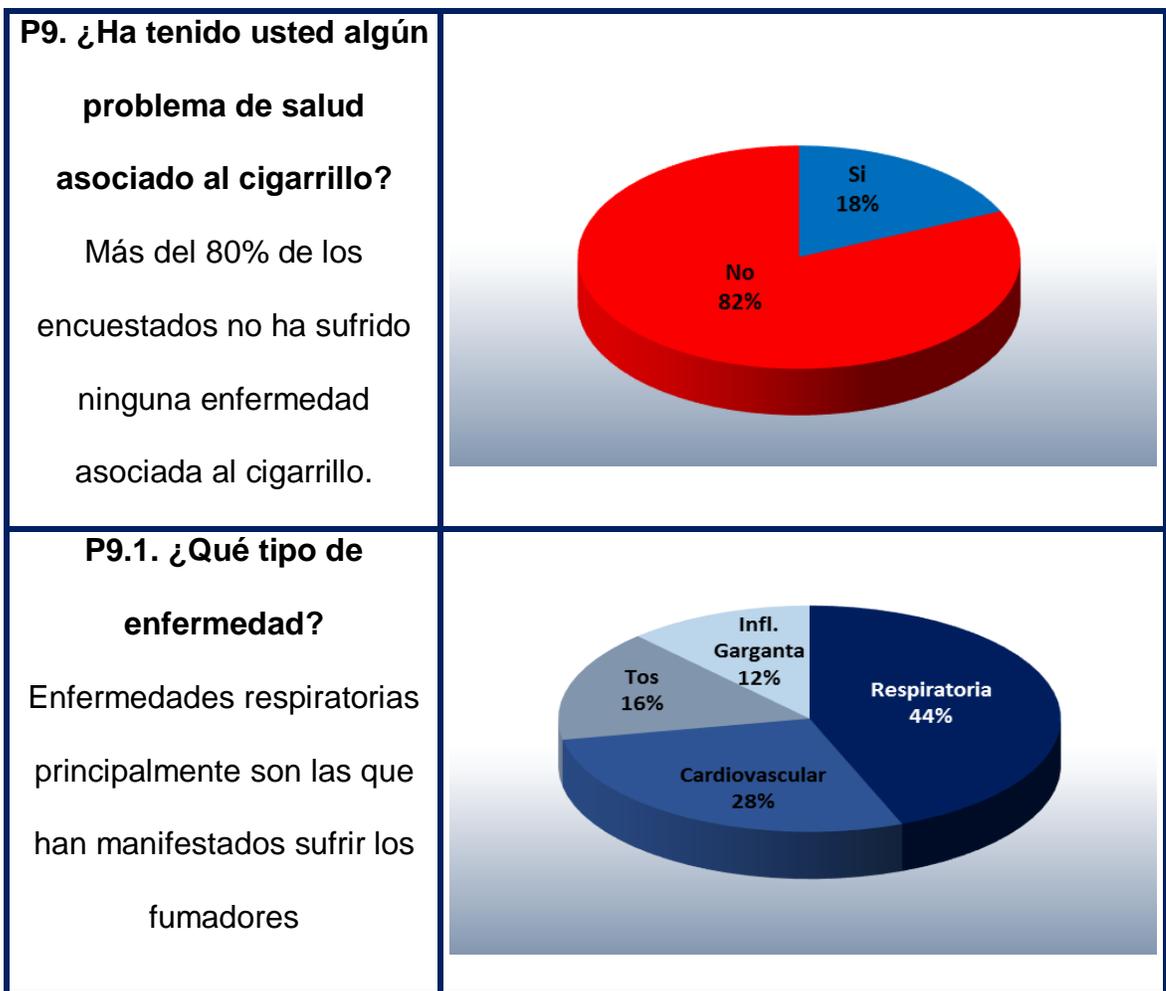


Grafico 7. Resultados pregunta N° 9 y N° 9.1 de encuesta para fumadores

En términos de salud, el 82% de los encuestados manifiesta no presentar ningún tipo de enfermedad asociada al cigarrillo, esto debido principalmente a la edad de los encuestados y las enfermedades respiratorias son las más comunes expuestas por aquellos fumadores que si han presentado alguna enfermedad.

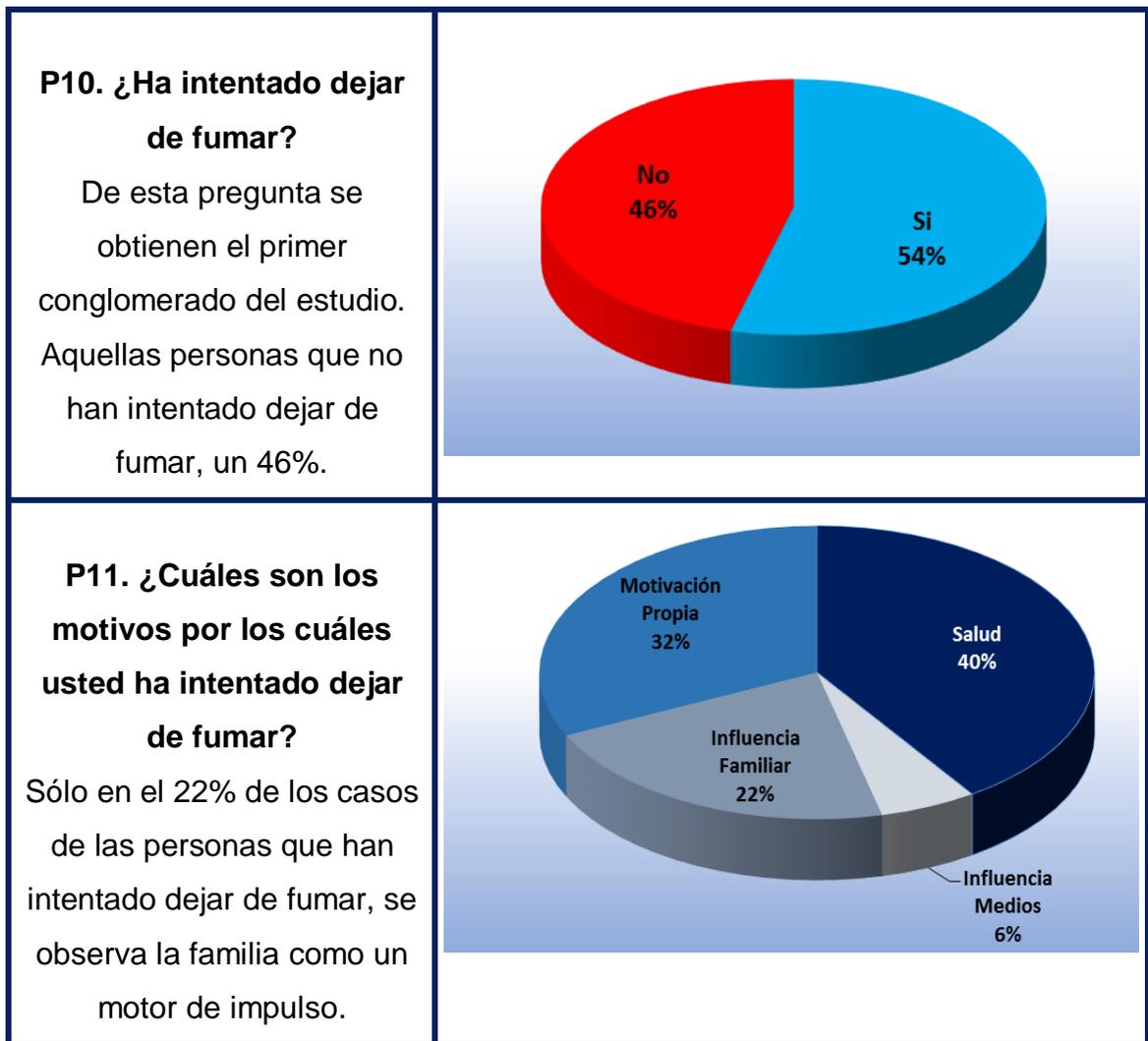


Grafico 8. Resultados pregunta N° 10 y N° 11 de encuesta para fumadores

Al momento de consultarles si habían en algún momento intentado dejar de fumar, el 54% declararon que si habían intentado dejar de fumar, mientras

que un 46% no, esto permitió establecer la primera división de los encuestados, para definir los conglomerados de la investigación. Por otra parte, con la pregunta 11 se establecieron las principales razones por las cuales los encuestados manifestaron su intención de dejar el cigarrillo, siendo la salud y la motivación propia las principales razones por las que intentan dejar de fumar, notándose que la influencia de medios es la causa menos expresada por los encuestados.

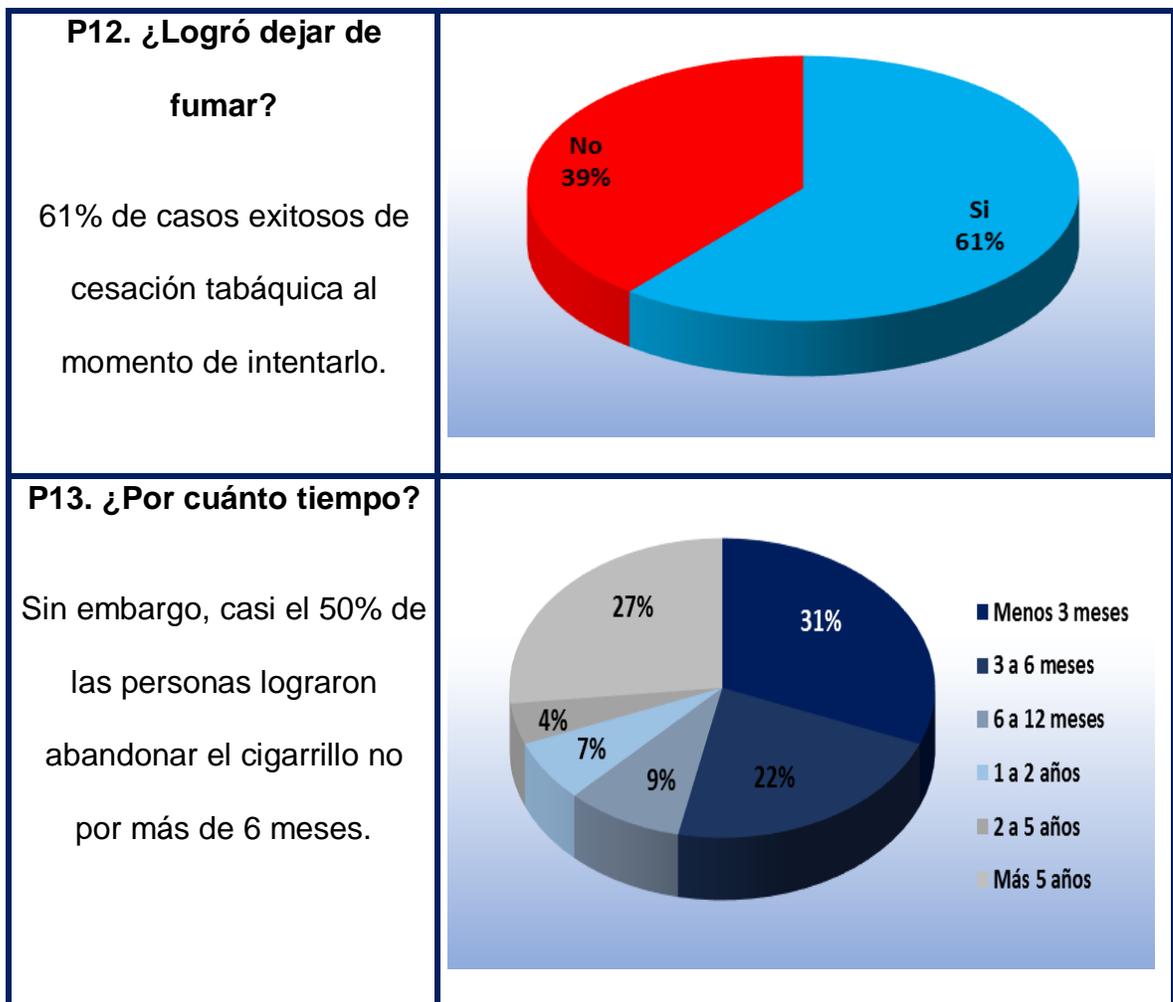


Grafico 9. Resultados preguntas N° 12 y N° 13 de encuesta para fumadores

Dentro del total de encuestados que manifestaron haber intentado dejar de fumar, el 61% aseguró haber logrado dejar el cigarrillo. Sin embargo, es importante destacar la reincidencia de los pacientes en el hábito y contrastarlo con las motivaciones previamente expuestas que lo llevaron a abandonar el cigarrillo.

Se observa cómo más del 50% de los encuestados que manifestaron dejar de fumar, no lograron abandonar el cigarrillo por más de 6 meses. Este elemento es importante al considerar que la mayoría manifestó abandonar el cigarrillo por razones de salud, con lo cual se deja en evidencia que el poder altamente adictivo del cigarrillo logra que las personas retomen el hábito a pesar de estar consciente de los daños nocivos para su salud.

Por otro lado, la segunda razón manifestada por los encuestados para intentar o querer dejar de fumar es la motivación propia, por lo que estos resultados de reincidencia en el hábito del consumo del cigarrillo reflejan que el paciente no se siente totalmente motivado para abandonar definitivamente el hábito tabáquico, posiblemente por falta de apoyo de su entorno social y familiar.

Con la pregunta 12, se logró establecer el segundo conglomerado del trabajo de investigación, que corresponde al grupo que intento dejar de fumar pero no lo logro.

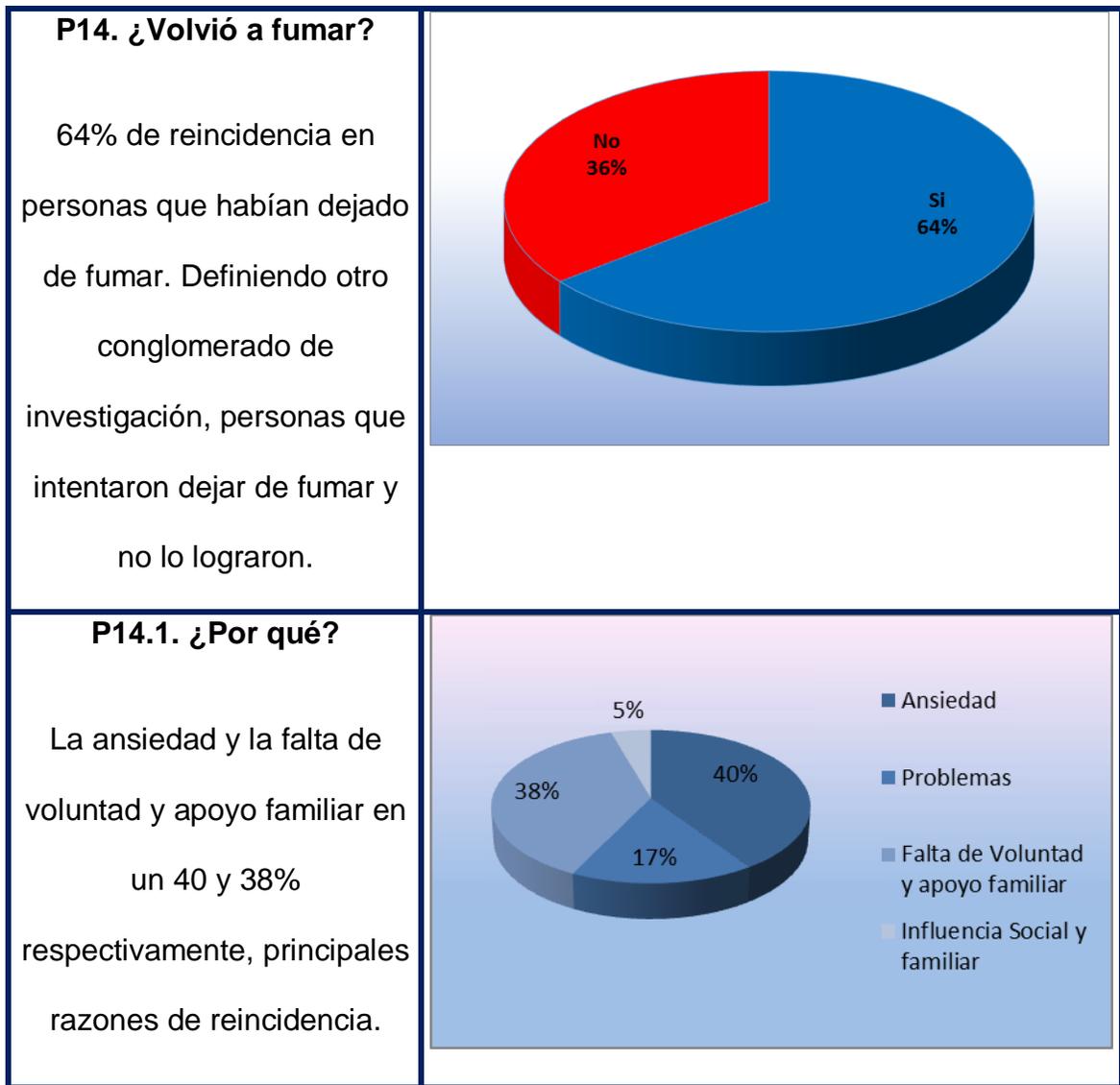


Gráfico 10. Resultados preguntas N° 14 y N° 14.1 de encuesta para fumadores

Al ser consultados sobre las razones que motivaron el retomar el cigarrillo, en un 40% manifestaron la ansiedad como el principal motivo, sin embargo, en proporción similar, manifestaron que el entorno reflejado a través de la falta de voluntad del fumador y el apoyo familiar, fue un factor importante en su recaída. Esto último es un dato importante cuando se toma en consideración que las terapias que existen para la cesación tabáquica buscan disminuir los niveles de ansiedad a través de medicamentos o terapias

psicológicas, sin embargo, existe un vacío en el abordaje del entorno, quedando evidenciado a través de las encuestas la relevancia que tiene para el paciente en todo el proceso de cesación y su posterior recaída, por lo que el entorno del paciente juega un papel crucial en el proceso de cesación tabáquica.

La pregunta 14 permitió establecer el tercer y cuarto conglomerado buscado en la investigación, definidos como los pacientes que lograron dejar de fumar por un tiempo y reincidieron en el hábito de fumar cigarrillos y el cuarto grupo conformado por los pacientes que lograron dejar de fumar definitivamente.

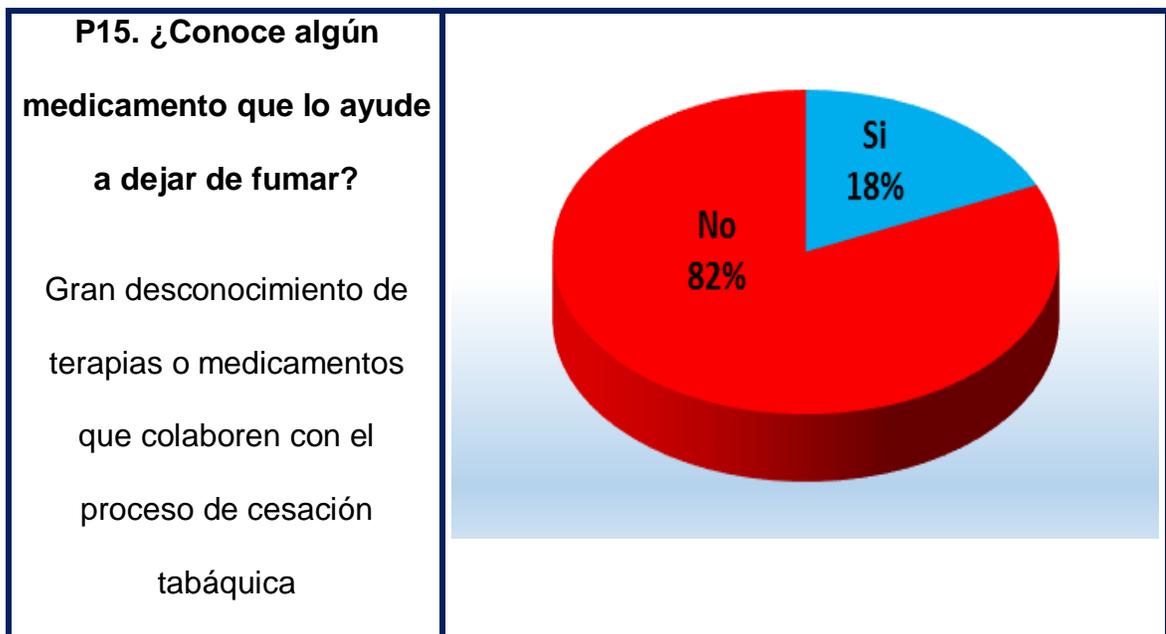


Gráfico 11. Resultados pregunta N° 15 de encuesta para fumadores

Es ampliamente conocida la complejidad que representa el abandonar un hábito como el cigarrillo, principalmente por el alto nivel de adicción que genera la Nicotina en el cuerpo humano, es por ello que se deben combinar las terapias de cesación con terapias psicológicas y terapias farmacológicas que reduzcan

los niveles de ansiedad, sin embargo hasta la fecha, no existe mucho conocimiento por parte de la población fumadora respecto a las distintas terapias que existe, ya que al consultarles a los encuestados si conocían algún medicamento para dejar de fumar, el 82% manifestó que no conocían ningún medicamento para dejar de fumar.

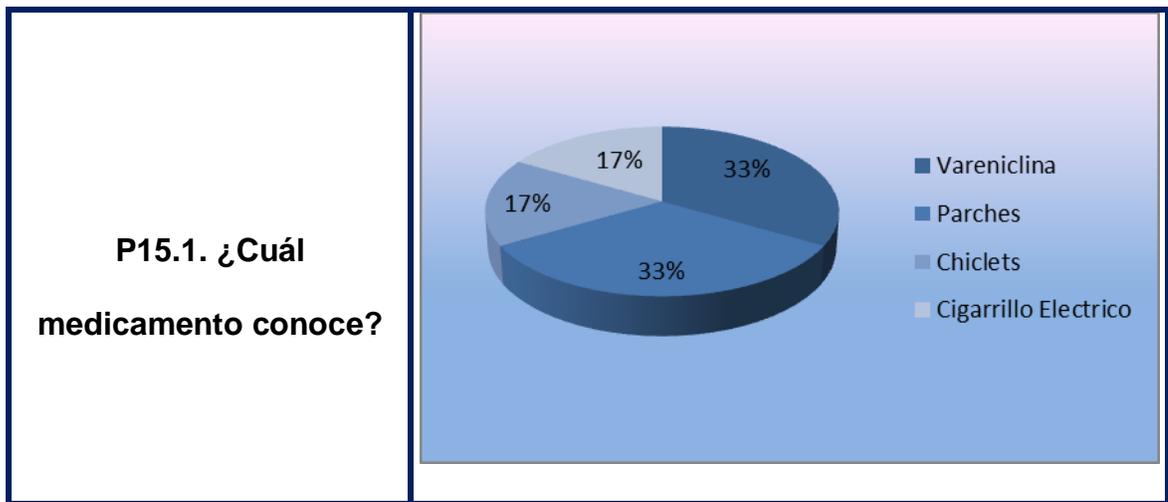


Grafico 12. Resultados pregunta N° 15.1 de encuesta para fumadores

Al total de personas que manifestaron conocer algún medicamento o terapia para dejar de fumar, se les preguntó cuál de ellas conocía, obteniéndose que las terapias más conocidas son los parches de nicotina y Vareniclina.

En el caso de los parches de nicotina, es una de las terapias de reemplazo de nicotina que reduce los síntomas de abstinencia experimentados al dejar de consumir cigarrillo y en teoría, debería suplir las ganas de fumar cigarrillo debido a que al fijarse en la piel libera una dosis de nicotina inferior a la de un cigarrillo y se liberan las endorfinas tal como lo hace el cigarrillo. Sin

embargo, aún no hay datos concluyentes sobre su eficacia, solo se ha comprobado que son más eficaces que el placebo⁴³.

Con respecto a Vareniclina, se debe destacar que es una terapia que no contiene nicotina y cuenta con un novedoso mecanismo de acción y una robusta evidencia clínica de eficacia mencionada y detallada anteriormente en el marco teórico.

Otras de las terapias también conocidas por los fumadores pero en menor proporción es el “chicle de nicotina”, siendo éste considerado una forma fácil de reducir la ansiedad, ya que los chicles liberan la nicotina en el organismo de una manera más lenta pero prolongada reduciendo los niveles de ansiedad.

La cuarta terapia mencionada por los encuestados fue el cigarrillo electrónico, el cual ha desatado una controversia y un debate a nivel mundial para definir su efectividad en el proceso de cesación tabáquica, arrojando resultados no muy convincentes.

El posicionamiento del cigarrillo eléctrico estaba dirigido a las personas que deseaban dejar de fumar porque le permitía al fumador elegir la cantidad de nicotina que deseaba ingerir, al igual que utilizar el vapor de agua como base de humo, calificando este proceso como una forma limpia de eliminar la ansiedad y abandonar el hábito del cigarrillo progresivamente, sin embargo, este posicionamiento tuvo repercusiones a nivel mundial llevando incluso a la toma de decisiones de gobiernos con respecto a su comercialización.

En el año 2008, en una reunión de la OMS⁵ llevada a cabo por el Comité de Reglamentación de Uso de productos de Tabaco, concluyeron que el cigarrillo electrónico no es un tratamiento legítimo para dejar de fumar. De igual forma, la Food and Drug Administration por su siglas en inglés FDA, en el año 2009 declararon haber conseguido elementos que produce células cancerígenas dentro de los compuestos del cigarrillo electrónico⁶⁰. Ya en Latinoamérica, el Gobierno de la República Argentina en el año 2011, prohibió mediante decreto la comercialización del cigarrillo electrónico en toda la nación por todas las características que presenta y por considerar, que aún si se llegase a demostrar que disminuye la ansiedad de fumar, existe un componente psicológico importante en el fumador al utilizar el cigarrillo electrónico de la misma forma que lo hacía que el cigarrillo común, con lo cual no estaría colaborando de manera real en el proceso⁶¹.

De esta manera es importante destacar el impacto comunicacional que debe tener la campaña, dirigida a desvincular el cigarrillo eléctrico como una terapia para la cesación tabáquica.

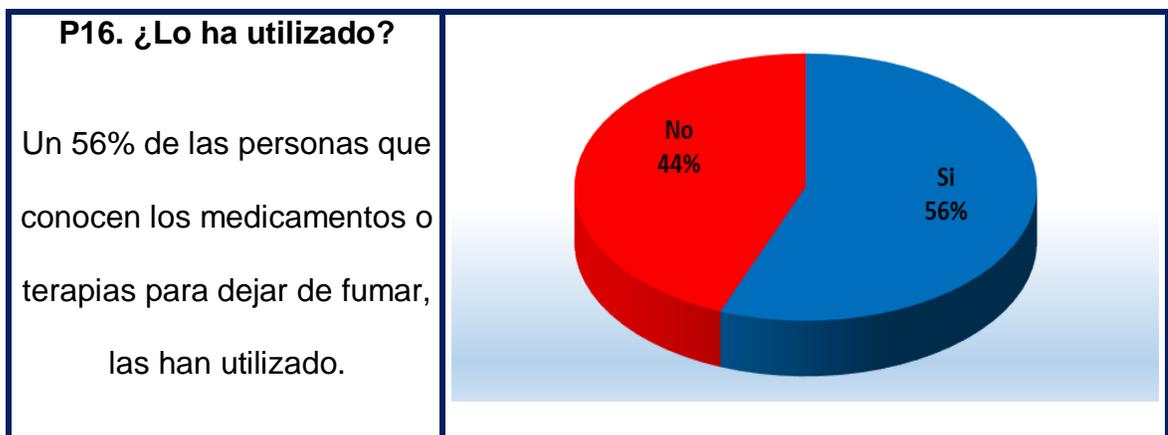


Gráfico 13. Resultados pregunta N° 16 de encuesta para fumadores

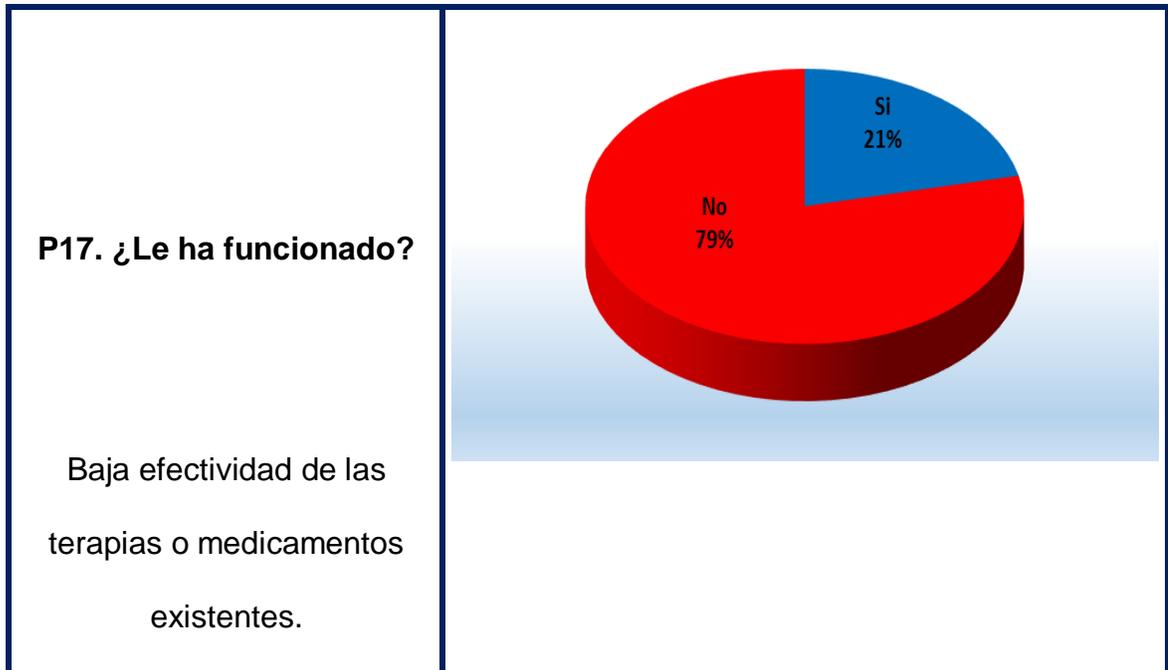


Grafico 14. Resultados pregunta N° 17 de encuesta para fumadores

Al consultarles si habían utilizado alguno de estos métodos, el 56% (14 pacientes) manifestó que si, sin embargo solo 3 pacientes contestaron que les había funcionado, de los cuales 1 había utilizado Vareniclina y los otros 2 parches de Nicotina.

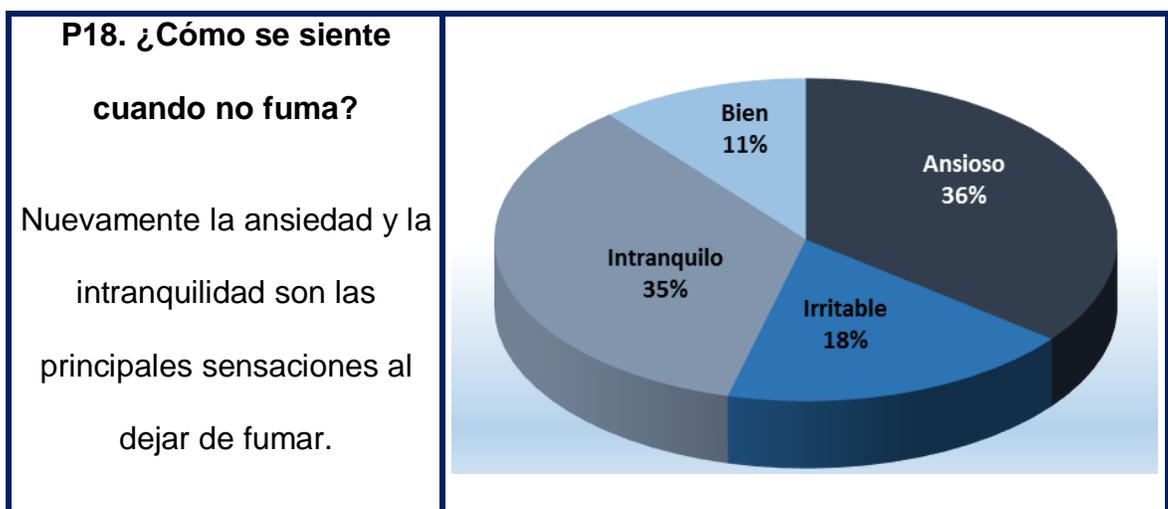


Grafico 15. Resultados pregunta N° 18 de encuesta para fumadores

Cuando se le pregunto a los encuestados sobre cómo se sienten cuando no fuman, la gran mayoría respondió ansioso e intranquilo, evidenciándose nuevamente el alto poder adictivo de la nicotina, solo el grupo de encuestados que lograron dejar de fumar comentaron que se sentían bien al no fumar.

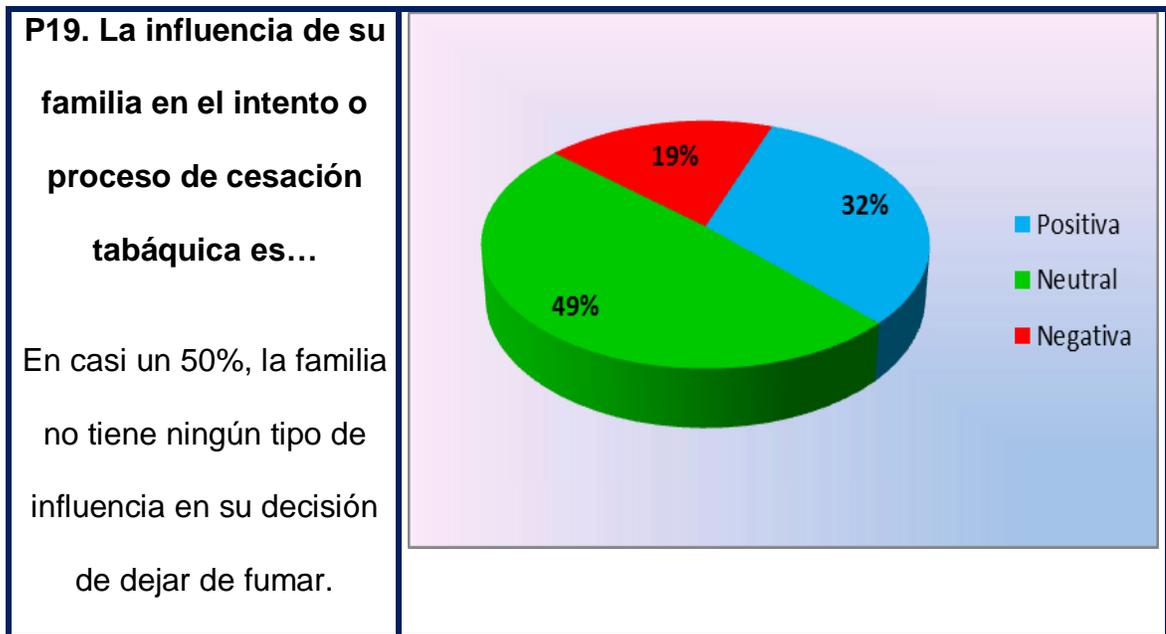


Gráfico 16. Resultados pregunta N° 19 de encuesta para fumadores

Con respecto a la influencia familiar sobre los pacientes encuestados en su mayoría consideran que sus familiares no intervienen en su decisión con respecto a fumar cigarrillo, ni tampoco en las decisiones o acciones que tomen para dejarlo. La mayoría de los encuestados que arrojaron estas respuestas tienen un núcleo familiar y social fumador, por lo que es probable que para su entorno consumir cigarrillo es algo cotidiano.

Sólo el 32% mencionó que sus familiares lo apoyan e insisten en que deje de fumar.

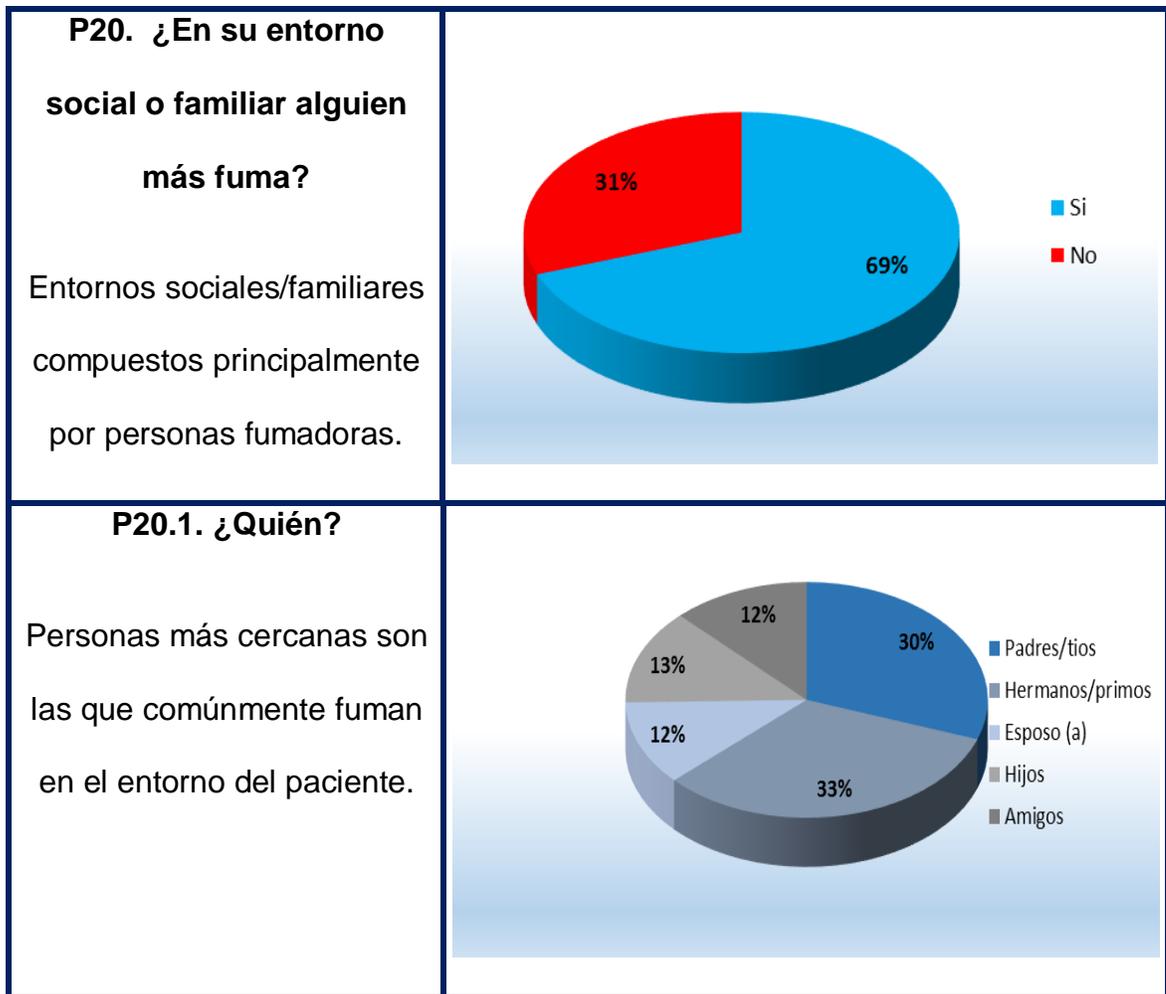


Gráfico 17. Resultados preguntas N° 20 y N°20.1 de encuesta para fumadores

La relevancia del entorno fumador es muy grande cuando las figuras que fuman a su alrededor son los familiares más cercanos, queda evidenciado en casi 70% de los encuestados que manifestaron que tenían un entorno fumador, declarando que cerca del 60% de esos fumadores eran padres, tíos, hermanos o primos, los cuales constituyen la influencia más directa en el entorno.

Estos resultados concuerdan con el porcentaje de encuestados que comentaron que su familia no interviene en sus decisiones de consumir cigarrillos o abandonar el hábito.

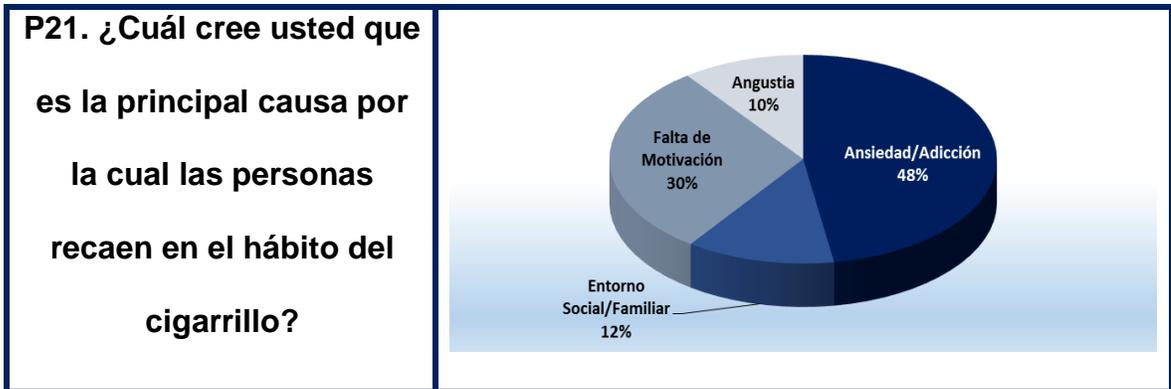


Gráfico 18. Resultado pregunta N° 21 de encuesta para fumadores

Las razones manifestadas por los encuestados para que una persona reincida en el hábito de fumar cigarrillos son, en primer lugar el alto poder adictivo que tiene la Nicotina y luego la sensación de ansiedad que genera en las personas, seguido por la falta de motivación del paciente para dejar de fumar definitivamente.

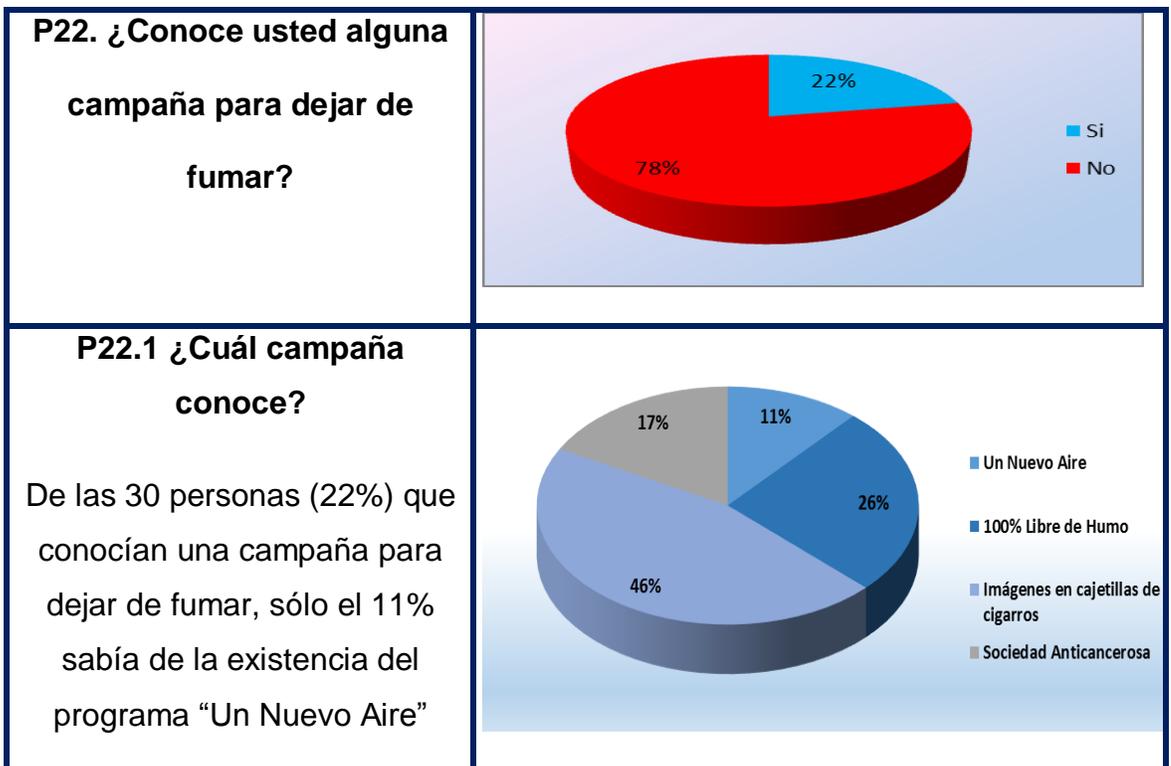


Gráfico 19. Resultados preguntas N° 22 y N° 22.1 de encuesta para fumadores

Ya para finalizar la encuesta, se quiso saber si los fumadores conocían alguna campaña o programa para dejar de fumar, encontrándose que solo el 22% sabía de alguna campaña, siendo las imágenes en las cajetillas de cigarrillos la más frecuente.

Fuera de la encuesta, se le consultó a los pocos fumadores que conocían campañas para dejar de fumar su opinión sobre las mismas, encontrándose respuestas similares, como:

- Las fotos de las cajetillas de cigarrillo son muy exageradas, ya que no conozco a nadie que haya llegado al estado de deterioro que se ven en esas fotos.
- El espacio 100% Libre de humo es una molestia porque se tiene que buscar lugares donde se pueda fumar cigarrillos y ya no hay muchos, por lo que se tiene que fumar prácticamente a escondidas.
- Cuando ingresé a la página de un nuevo aire siempre decía que la página estaba en reparación y por teléfono no atendían.

Toda esta información extra recabada permitió identificar aspectos relevantes para el diseño de la campaña, como por ejemplo:

- Las imágenes utilizadas no deben exagerar la realidad.
- Cada vez hay menos espacios para fumar cigarrillos, por lo que se puede motivar a abandonar el cigarrillo para evitar estas molestias.

- La plataforma web y el call center del programa Respiramos Juntos deben estar en total funcionamiento al momento del lanzamiento de la campaña, para evitar molestias y desencantos en los usuarios.

Adicionalmente y como ya se había mencionado, gracias a parte de los resultados obtenidos en la encuesta se logró establecer los conglomerados esperados al inicio de la investigación y que definen la clasificación de la muestra obtenida. A continuación se detallan estos conglomerados:

Conglomerados de investigación

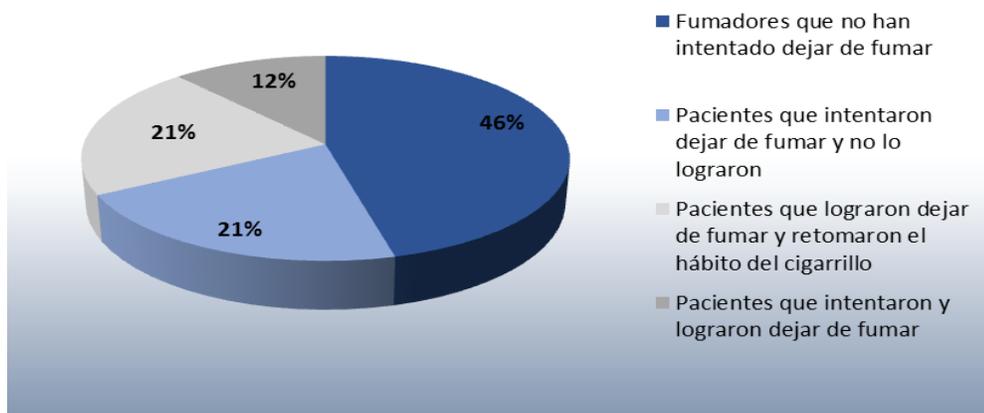


Grafico 20. Conglomerados de investigación

Conglomerados:

- Fumadores que no han intentado dejar de fumar, representado por 63 pacientes de la muestra obtenida.
- Pacientes que han intentado dejar de fumar pero no lo han logrado. 29 pacientes de la muestra.

- Pacientes que han intentado dejar de fumar, lo lograron pero posteriormente recayeron. 29 pacientes de la muestra.
- Pacientes que intentaron dejar de fumar y lo lograron. Grupo más pequeño de la muestra representado por 16 encuestados.

El principal mercado meta para este trabajo de investigación, son los pacientes fumadores que no han intentado dejar de fumar representados por el 46% de los fumadores encuestados, sin embargo, si agrupamos los pacientes que han intentado dejara de fumar y no lo lograron con los pacientes que lo lograron pero recayeron, se obtiene un 42% de la población fumadora, por lo tanto, la campaña deberá ir dirigida a todos los pacientes fumadores en general, haciendo foco en la motivación para abandonar el cigarrillo y estrategias para evitar la recaída.

4.1.1 Hallazgos más relevantes en la encuesta de fumadores.

Una vez finalizado todo el análisis de los resultados encontrados en la encuesta para fumadores, se encontraron una serie de aspectos relevantes para el diseño de la campaña, como lo son:

- La edad de inicio en el hábito de cigarrillo oscila principalmente entre 10 a 20 años. La edad resulta de gran importancia a la hora de diseñar una campaña comunicacional porque dependiendo de los intereses comunes de una determinada población puede darse diferentes ópticas del mensaje.

- Las principales causas para el inicio del hábito de fumar cigarrillo son la curiosidad y el entorno social. En este punto se puede trabajar mediante la prevención y educación temprana en las escuelas.
- La mayoría de los fumadores pueden fumar solos o acompañados y en cualquier ambiente, aunque la ansiedad aumenta en reuniones y fiestas. En ello queda evidenciada la influencia del entorno social cómo puede impulsar al hábito y hacer una diferencia significativa en el mismo.
- Las personas fuman principalmente por placer y estrés. Controlar a nivel psicológico estos factores hace la diferencia entre el éxito terapéutico o no, y al ser la vareniclina un coadyuvante en cuanto al síndrome de abstinencia se posee una ventaja en este aspecto.
- Los fumadores no son consiente en su mayoría del gasto real que les genera el hábito del cigarrillo. El hecho de hacerle conciencia al fumador el ahorro que puede obtener sumado a la calidad de vida puede ser un factor determinante en el abandono del hábito.
- Las enfermedades cardiovasculares y respiratorias son las principales consecuencias del cigarrillo y se observan en pacientes de edades superiores a 36 años. Al ser más propensos y no conocer el riesgo que corren se les debe explicar y concientizar de los mismos.
- Los principales motivos para que un paciente quiera dejar de fumar son la salud, la motivación propia y en menor proporción la influencia familiar.
- Las principales causas por las que el paciente recae en el hábito del cigarrillo son la ansiedad y la falta de motivación y apoyo.

- Muy pocos fumadores conocen y han utilizado terapias para dejar de fumar, de igual manera no conocen campañas para la disminución del consumo de cigarrillos.
- Vareniclina, parches y chicles de nicotina y el cigarrillo electrónico, son las terapias para dejar de fumar más conocidas por el pequeño grupo de paciente que manifestó conocer alguna terapia.
- Debido al poder adictivo de la nicotina, la mayoría de los pacientes se sienten ansiosos e intranquilos cuando no fuman.
- En su mayoría, el entorno familiar del paciente no tiende a intervenir en el hábito de fumar cigarrillo de los pacientes, ni en las decisiones para dejar de fumar. Esto sucede principalmente en los ambientes donde hay más familiares y amigos que son fumadores, por lo que se considera algo normal dentro del entorno, situación que cambia drásticamente cuando el fumador es solitario y su núcleo hace presión para que abandone el hábito del consumo de cigarrillos.
- El paciente fumador generalmente está rodeado de una familia fumadora, como padres, hermanos, tíos, que son los familiares más influyentes.
- La ansiedad y la falta de motivación son las principales causas por las que un paciente reincide en el hábito de fumar cigarrillos. Por ello se debe contar con un equipo multidisciplinario que pueda abordar cualquier inquietud o malestar presente en la terapia y así pueda ser exitosa la misma.

4.2 Análisis de resultados de las entrevistas a profundidad.

En la segunda fase se entrevistaron a 9 médicos especialistas y a un experto en el proceso de cesación tabáquica. Dichas entrevistas constaron de 8 preguntas con las cuales se busca enriquecer la información y así contribuir al desarrollo de la campaña, obviamente los resultados de las entrevistas a estos médicos no representan estadísticamente la opinión del resto de los médicos de la Gran Caracas.

4.2.1 Entrevistas a médicos especialistas.

Se entrevistaron específicamente a 3 cardiólogos, 3 neumonólogos y 3 endocrinólogos y el principal objetivo de dichas entrevistas es obtener información que permita establecer, de acuerdo al criterio de cada especialista, el o los mensajes de fondo más adecuados para una campaña de concientización social para la disminución del consumo de cigarrillos, así como establecer cuáles son las necesidades que se deben cubrir en dicha campaña para que la misma sea efectiva.

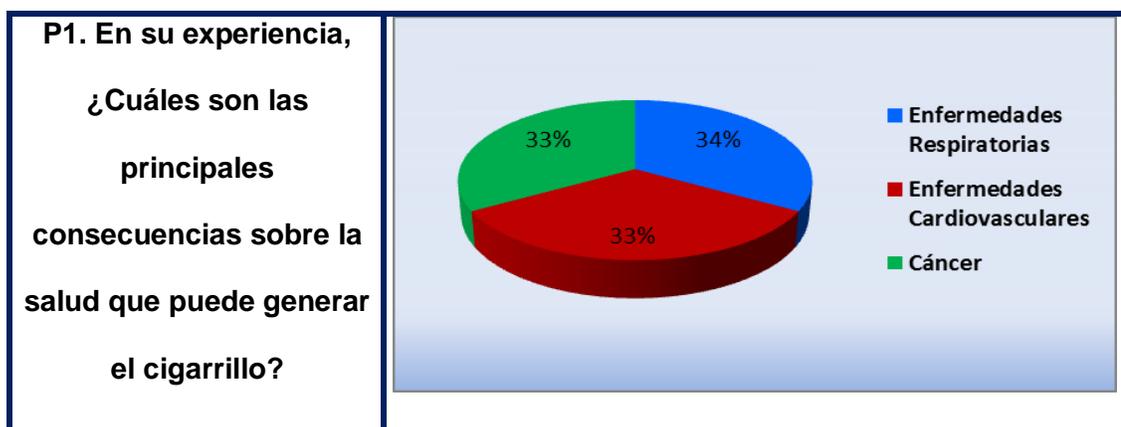


Gráfico 21. Resultados pregunta N° 1 de entrevista a médicos

Lo primero que se indagó en las entrevistas son las principales consecuencias sobre la salud que puede generar el cigarrillo en sus pacientes y a pesar de las diferencias en sus especialidades médicas, todos coincidieron en que las consecuencias derivadas del cigarrillo son:

- Las enfermedades cardiovasculares como el infarto al miocardio, la aterosclerosis y las enfermedades vasculares periféricas, además de aumentar el riesgo cardiovascular.
- Las enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la bronquitis aguda y enfisema pulmonar.
- El cáncer, ya que el uso del cigarrillo potencia la probabilidad de que un paciente desarrolle esta enfermedad en diferentes órganos del cuerpo.

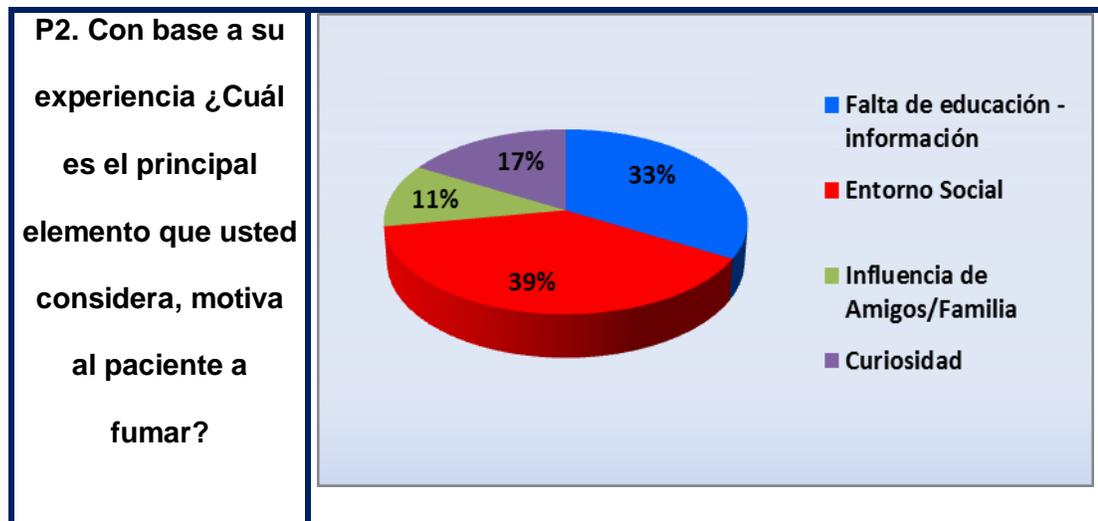


Gráfico 22. Resultados pregunta N° 2 de entrevista a médicos

Seguidamente se le preguntó al médico cuál consideraba es el principal elemento que motiva al paciente a fumar, y las respuestas obtenidas coinciden

en algunos casos con la respuestas obtenidas por los fumadores encuestados cuando se les pregunto por qué se iniciaron en el hábito del cigarrillo.

En el gráfico 22, se observa claramente que la mayoría de los especialistas consideran que el entorno social es la principal causa que lleva al paciente a fumar, buscando aceptación, esto seguido de la falta de educación e información sobre el cigarrillo y sus consecuencias. Finalmente la curiosidad y la influencia de amigos e incluso familiares son otros factores que llevan al paciente a iniciarse en el hábito de fumar cigarrillos.



Gráfico 23. Resultados pregunta N° 3 de entrevista a médicos

Cuando se le consultó a los doctores si el hábito del cigarrillo puede estar asociados a algunos estratos sociales más que otros, la respuesta fue unánime, todos coincidieron en que no están asociados, ya que los pacientes fuman sin importar clases sociales.

La entrevista continuó preguntando sobre los medicamentos para dejar de fumar, indagando sobre la regularidad con la que receta medicamentos para dejar de fumar y si los considera efectivos o no.

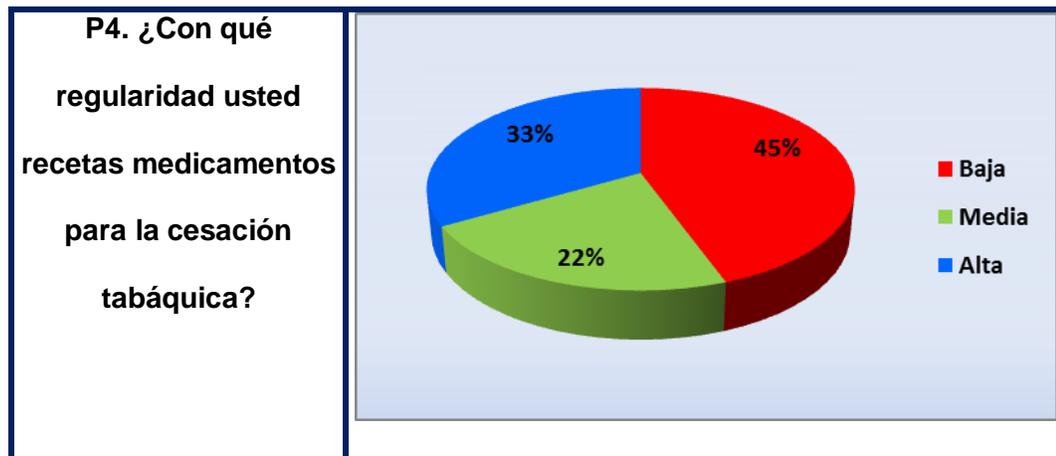


Gráfico 24. Resultados pregunta N° 4 de entrevista a médicos

En cuanto a la regularidad, hubo doctores que comentaron que indican estas terapias solo si el paciente se los pide y tienden más a orientar al paciente sobre las consecuencias del cigarrillo y que deben dejar de consumirlo porque pueden empeorar su diagnóstico. Un par de doctores comentaron que lo utilizan regularmente, sobretodo en pacientes de alto riesgo y tres doctores, específicamente dos neumonólogos y un endocrinólogo, comentaron que prescriben frecuentemente medicamentos para dejar de fumar, ya que a todos los pacientes con este hábito le indican una terapia entre las que destacan Vareniclina y el cigarrillo eléctrico.

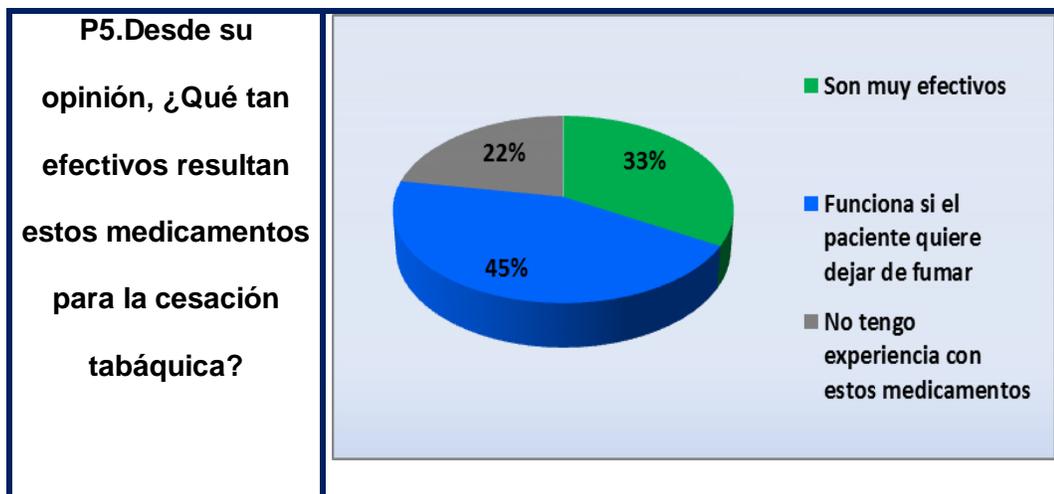


Gráfico 25. Resultados pregunta N° 5 de entrevista a médicos

Con respecto a la efectividad de estos medicamentos, la mayoría consideran que funciona el medicamento si el paciente quiere dejar de fumar, de lo contrario no funciona, los doctores que prescriben frecuentemente estas terapias la consideran muy efectivas y un tercer grupo no tiene experiencia con estos medicamentos.

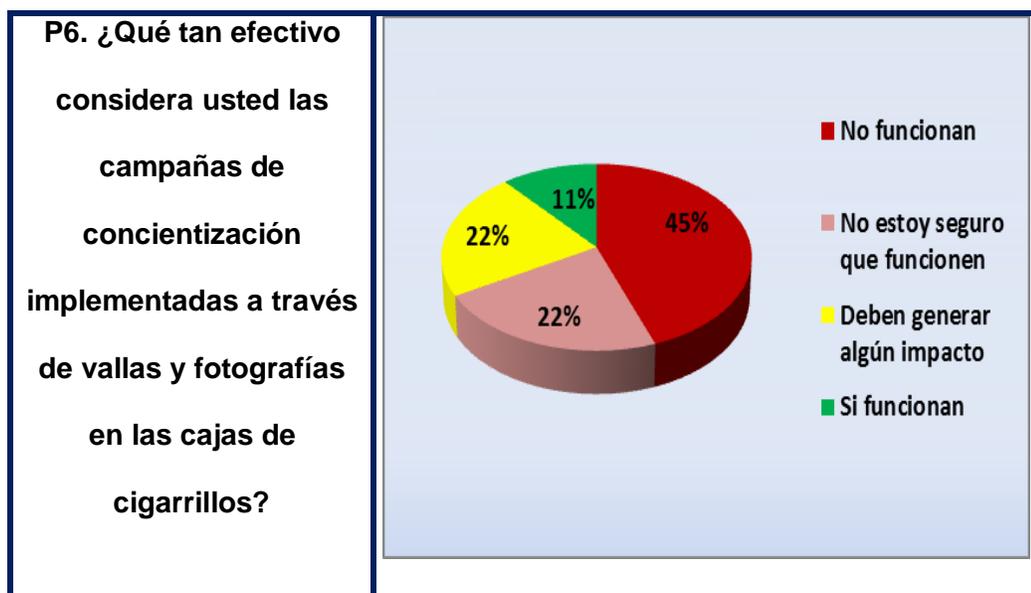


Gráfico 26. Resultados pregunta N° 6 de entrevista a médicos

En la entrevista también se le preguntó a los doctores sobre la efectividad de las campañas de concientización implementadas a través de vallas y fotografías en las cajas de cigarrillos, y la mayoría considera que no funcionan o no están seguros de que funcionen porque las imágenes mostradas son exageradas y en algunos casos irreales y cuando el paciente observa esas fotos tiende a compararla con él o su entorno fumador y llega a la conclusión de que ninguno ha llegado a ese extremo, por lo que le resta credibilidad a la campaña. Por otro lado, tres de los entrevistados consideran que si funcionan o deben generar algún impacto al paciente.

Estas respuestas le permite establecer a los investigadores que los mensajes e imágenes que se utilicen en la campaña deben ser reales y no exageradas, para que así el paciente o familiar que observe la campaña se sienta identificado con la realidad expuesta en la misma.

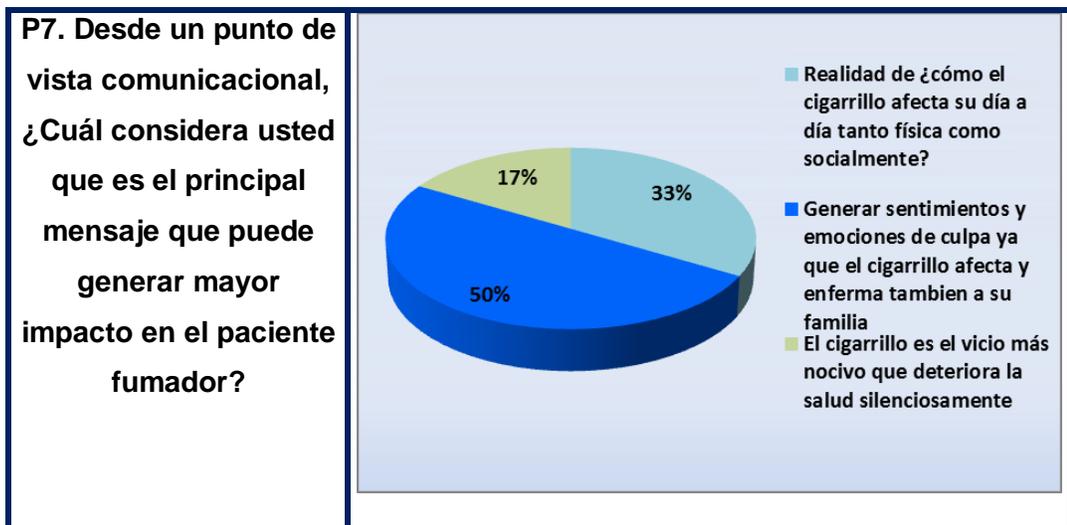


Gráfico 27. Resultados pregunta N° 7 de entrevista a médicos

Motivado a que el principal objetivo de la entrevista es encontrar el o los mensajes adecuados para promover el proceso de cesación tabáquica efectivo, se le consultó a los doctores sobre cuáles mensajes consideran pueden generar mayor impacto en el paciente fumador y aunque no expusieron un mensaje específico, la mayoría de los doctores coincidieron en que tienen que estar enfocados en generarle emociones y sentimientos al paciente sobre cómo afecta a su familia, que no sólo se enferma el fumador también se enferman todos los que estén a su alrededor, crearle conciencia de que está deteriorando la salud de sus hijos, hermanos, padres y familia en general.

Otros médicos expusieron que mostrar cómo se afecta realmente la vida cotidiana del paciente, en cuanto a apariencia física, rechazo por el olor y el mal aliento, aislamiento para poder fumar, entre otros. Finalmente, dos doctores consideran que se debe llevar un mensaje que exprese que el cigarrillo es el vicio legal más nocivo para la salud que deteriora la salud del fumador de manera progresiva y silenciosa.

Un aspecto importante a destacar, es que todos los doctores entrevistados comentaron que no se debe continuar utilizando el cáncer de pulmón como base para una campaña, ya que a pesar de que se potencia la probabilidad de desarrollarse esta enfermedad en pacientes fumadores, es un mensaje ya trillado que no genera emociones, porque el paciente solo se siente afectado por esto cuando él o alguien cercano presenta la enfermedad, pero en la etapa previa no consideran que les pueda pasar a ellos.

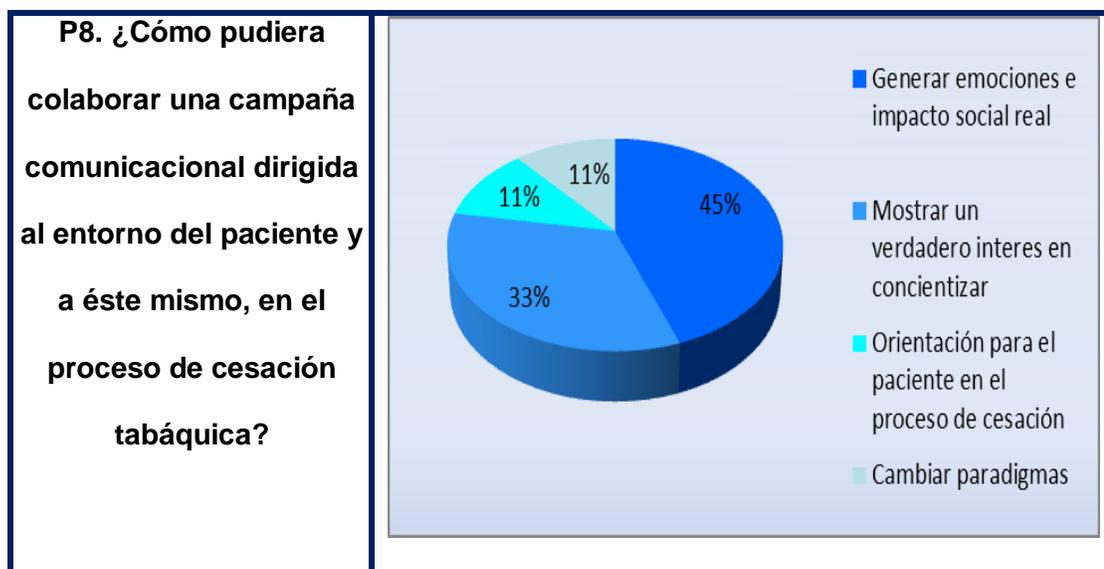


Gráfico 28. Resultados pregunta N° 8 de entrevista a médicos

Para cerrar la entrevista, se le preguntó a los doctores que de acuerdo a su criterio, cómo puede colaborar una campaña comunicacional dirigida el entorno del paciente y a éste mismo, en el proceso de cesación tabáquica, encontrándose que el 45% piensa que generando emociones e impacto social real y en menor proporción consideran que mostrando un verdadero interés en concientizar al paciente sobre las consecuencias del cigarrillo y los beneficios que obtendría al dejar de fumar, sin que se observe abiertamente la intención principal es vender un medicamento. Sólo un doctor expresó que colaboraría orientando al paciente durante todo el proceso de cesación tabáquica.

4.2.2 Entrevista a experto en el proceso de cesación tabáquica.

En este trabajo de investigación se deseaba obtener información de los pacientes fumadores, los médicos prescriptores de terapias para dejar de fumar y de expertos en el proceso de cesación tabáquica que trabajen en

organizaciones y sociedades que promuevan la disminución del consumo de cigarrillos en Venezuela, al visitar dichas organizaciones se encontró que el mismo experto trabaja para las diferentes organizaciones y sociedades, siendo el doctor Rubén Regardiz, psiquiatra adictólogo especializado y experto en procesos de cesación tabáquica, quien trabaja para asociaciones anticancerosas y la Organización Nacional Antidroga, además del Centro de Salud Santa Inés.

En 2009, el Dr. Regardiz trabajó en el programa de adicciones y enfermedades mentales del Ministerio del Poder Popular para la Salud, con la colaboración de Natasha Herrera y también participó en la campaña estipulada por la OMS del inserto en las cajetillas de cigarrillo.

Al doctor Regardiz se le hizo las mismas preguntas que a los doctores entrevistados por ser médico. A continuación se presenta un resumen de la información obtenida:

- *En su experiencia ¿Cuáles son las principales consecuencias sobre la salud que puede generar el cigarrillo?*

El doctor comentó que a nivel mundial la nicotina es la molécula más adictiva, que crea tolerancia y dependencia, por lo que es difícil tratar dicha adicción, considera que hablar de tabaquismo se equipara a hablar del cáncer y no sólo a nivel respiratorio, sino a nivel de piel, páncreas, testículos, ovarios, entre otros. A eso se le debe sumar la enfermedad crónica a nivel cardiovascular y su inflamación arterial, lo que implica un infarto o un accidente

cerebro vascular. Al mismo tiempo la define como una enfermedad multifactorial mediante lo que expresó:

*“Bueno no solo el hecho de inicialmente como psiquiatra estaríamos hablando de la nicotina como un alcaloide psicoestimulante potencialmente adictivo, es decir al sol de hoy la molécula más adictiva que hay a nivel mundial, el hecho de crear tolerancia y dependencia lo hace muy difícil en el sentido de tratarlo como un trastorno adictivo. Estaríamos hablando de una **enfermedad crónica** ya cuando hablamos de tabaquismo que se equipara a nivel del cáncer, que es una de las principales repercusiones, no solo a nivel respiratorio sino a nivel de piel, páncreas testículos, ovarios, hay una correlación estadística bien significativa no solo en el uso y el abuso del tabaco. No solo como enfermedad crónica a nivel cardiovascular y su inflamación arterial que está completamente relacionado con propensión a todo lo que implica un infarto o con relación a corazón o un ACV, son dos de los elementos bien importantes.*

*Siguiendo con la parte adictiva no solo es crónica sino es una **enfermedad mental**, la parte de la adicción requiere un abordaje multidisciplinario; es progresiva por todo lo que implica los años potenciales de vida perdidos y los efectos que se suman en la medida que el tabaco afecta, todo lo que implica la cavidad bucal oro faríngea y dental es otro aspecto a considerar bien importante. Todo*

lo que tienen que ver con la adicción responde a una parte cerebral de conducta a la adicción.

*Lo otro es el consumo pasivo, exponiéndose a los riesgos. Es **insidioso**, ya que una vez que se desarrolla la tolerancia y dependencia a la nicotina, se desarrollan unos niveles similares de abstinencia tan aparatosos como un paciente alcohólico o un paciente adicto a nicotina, completamente descritos los problemas de insomnio, motriz, episodios psicóticos, disparados por el cese. Es **recurrente** como toda adicción es incurable”.*

- *Con base en su experiencia, ¿Cuál es el principal elemento que usted considera, motiva al paciente a fumar?*

El doctor considera que las motivaciones son múltiples normalmente dentro de lo que implica la iniciación, cada vez más precoz, siempre está la curiosidad, la presión grupal, la moda, el estatus social y todo lo que implica la publicidad y mercadeo de la industria cosa que ha estado regulada de un tiempo para acá.

- *Desde un punto de vista social, ¿Usted considera que el hábito del cigarrillo puede estar asociado a algunos estratos sociales más que otros?*

El Dr. Regardiz expuso que fuman en general en todos los estratos, como toda adicción no respeta raza, sexo, nivel educativo, ni clase social.

- ¿Con qué regularidad usted receta medicamentos para la cesación tabáquica?

El doctor comento que no puede establecer una regularidad de prescripción, ya que se individualiza a cada paciente con una historia clínica integral, se utiliza el test de Fargueston para medir el nivel de adicción, se hace un trabajo de psicoeducación, se establece la relación costo beneficio y con base a estos criterios se establece si se receta una terapia o no.

- Desde su opinión, ¿Qué tan efectivos resultan estos medicamentos para la cesación tabáquica?

De acuerdo a la experiencia del doctor, ya que no lleva un registro epidemiólogo, de 30 a 40% de la población fumadora ha recibido la medicación y a pesar de que no tiene estadísticas exactas, en la mayoría de los casos usados el resultado ha sido muy positivo, siempre y cuando se haga una buena adherencia con su control de terapia conductual (más de 60% de resultados de cesación).

- ¿Qué tan efectivo considera usted las campañas de concientización implementadas a través de vallas y fotografías en las cajas de cigarrillos?

El doctor expreso que no se puede valorar el impacto, porque lo que se buscaba con esta campaña era crear conciencia más allá de impactar o alarmar. Para que una campaña sea efectiva no es solo la publicidad, es

psicoeducación, participación médica, generación de un boca a boca que exprese los buenos resultados de los pacientes y familiares.

- *Desde un punto de vista comunicacional, ¿Cuál considera usted que es el principal mensaje que puede generar mayor impacto en el paciente fumador?*

Para el psiquiatra, más allá de utilizar un mensaje en contra, se debe mostrar la realidad de la sintomatología que puede tener un paciente fumador abordándola de una forma general y a edades tempranas, que incluya las consecuencias sobre la salud y el impacto social.

“El factor cardinal para el éxito en la cesación de cualquier adicción es la motivación. Es una enfermedad compleja mental y multifactorial por lo tanto el abordaje es multimodal. Lo que se me ocurre dentro del ámbito asistencial es la posibilidad de crear redes de apoyo y un equipo interdisciplinario entrenado con asesoría breve de 2-5 min en una consulta general. No ir con el discurso de no fumar, sino abordarlo de otra forma en el adolescente sensibilizarlo. No crear expectativas de cura porque no la hay, se puede utilizar material pop, díptico y tríptico. El inserto de las cajetillas ha sido bien cardinal, pero a nivel de captación es más difícil la promoción boca a boca es más efectiva en esos casos, y hacer una red de apoyo con los colegas que conozcan lo que se hace en el centro.”

- ¿Cómo pudiera colaborar una campaña comunicacional dirigida al entorno del paciente y a éste mismo, en el proceso de cesación tabáquica?

En esta pregunta el doctor comentó que más allá de charlas con un especialista, se debe ser creativos, brindar herramientas cualitativas de acción participativa, idear un circuito dentro de la misma población de la zona u hospital para la difusión de información destinada a concientizar. Diseñar varios módulos de psicoeducación que incluyan entrevistas, el test de Fargueston, despistajes en vivo con un coxímetro, que es un aparato que permite medir la concentración de monóxido de carbono (CO) existente en los pulmones para conocer el grado de toxicidad o daño que tiene el organismo a causa del cigarrillo, para luego contrastar estos resultados con los de un no fumador. Tener a la mano una red de servicio de apoyo entre varios centros de salud, con una consulta gratis con un médico sensibilizado y entrenado para hacer una asesoría breve.

Con esta pregunta se finalizó la entrevista al Dr. Regardiz y se procedió a comparar las respuestas obtenidas por este psiquiatra experto en cesación tabáquica con las respuestas suministradas por el grupo de médicos entrevistados.

4.2.3 Comparación de las entrevistas de los médicos especialista y el experto en cesación tabáquica.

En la Tabla XV se presenta un resumen de las respuestas encontradas en el grupo de médicos entrevistados y las respuestas del experto y al compararlas, se encontró que aunque las especialidades médicas son distintas y por ende las características de los pacientes fumadores varían, las experiencias y los comentarios de los entrevistados son muy similares, por lo que a pesar de no ser datos estadísticamente significativos ni extrapolables, se ha conseguido el objetivo de las entrevistas que era determinar y agrupar las principales:

- Consecuencias del cigarrillo.
- Causas que motivan a fumar.
- Opiniones de los médicos sobre las terapias y campañas para la cesación tabáquica.
- Mensajes ideales para una campaña de cesación tabáquica.
- Necesidades a cubrir en una campaña de cesación tabáquica para que sea efectiva.
- Información efectiva a promocionar para promover la prescripción por parte del doctor, de un medicamento indicado como coadyuvante para la cesación tabáquica.

Tabla XV. Comparación de resultados entre las entrevistas a médicos especialistas y entrevista al experto en cesación tabáquica

| Comparación de resultados de las entrevistas | | |
|---|--|--|
| Pregunta | Respuesta del Grupo de Médicos Entrevistados | Respuesta del Médico Psiquiatra Experto |
| Pregunta 1 | <p>Enf. Respiratorias</p> <p>Enf. Cardiovasculares</p> <p>Cáncer</p> | <p>Cáncer a nivel respiratorio</p> <p>Enf. Cardiovasculares</p> <p>Cáncer en diferentes órganos.</p> <p>Enfermedad multifactorial: Crónica, mental, insidiosa y recurrente</p> |
| Pregunta 2 | <p>Entorno social</p> <p>Falta educación/información</p> <p>Curiosidad</p> <p>Influencia de amigos/familia</p> | <p>Curiosidad</p> <p>Entorno social</p> <p>Presión grupal</p> |
| Pregunta 3 | No importa el estrato social | No importa estrato social |
| Pregunta 4 | Baja, Alta, Media | La prescripción depende del perfil del paciente |
| Pregunta 5 | <p>Funciona si el paciente quiere dejar de fumar.</p> <p>Son muy eficaces</p> <p>No tiene experiencia</p> | <p>El 60% de los pacientes que toman medicamentos para dejar de fumar lo logran si se le hace un seguimiento y una terapia de psicoeducación.</p> |

| Comparación de resultados de las entrevistas (Continuación) | | |
|--|--|---|
| Pregunta | Respuesta del Grupo de Médicos Entrevistados | Respuesta del Médico Psiquiatra Experto |
| Pregunta 6 | <p>No funcionan o no estoy seguro que funcionen</p> <p>Si funcionan o generan algún impacto</p> | No se puede determinar si funcionan o no, solo se busca concientizar. |
| Pregunta 7 | <p>Fumar afecta al paciente y la familia.</p> <p>Reflejar la realidad de cómo se afecta la vida cotidiana del paciente.</p> <p>El vicio más nocivo para la salud, deteriora al paciente.</p> | Mostrar las consecuencias y sintomatología del fumador desde temprana edad, que refleje la realidad del fumador tanto a nivel de salud como social. |
| Pregunta 8 | <p>Generando emociones e impacto social real</p> <p>Mostrando verdadero interés en concientizar a la población.</p> <p>Orientación y guía para el paciente en el proceso.</p> | Generando redes, circuitos y series de actividades que brinden psicoeducación a los pacientes fumadores para que logren dejar de fumar. |

4.3 Resumen de Resultados:

Cumpliendo con el segundo objetivo específico del trabajo de investigación “Realizar una investigación de mercado con los pacientes

fumadores, reincidentes, médicos prescriptores de terapias anti tabáquicas y expertos en el área, para detectar los factores y mensajes determinantes en la campaña de cesación tabáquica”, a continuación se presenta un resumen de los resultados generales de la investigación realizada.

Para efectos de la realización de la campaña comunicacional se tomará en cuenta a todo el paciente fumador sin importar la edad y para la prescripción de LidCad sólo se tomará en cuenta al público mayor de 18 años debido a que es la aprobación que presenta por la FDA. En ese sentido y según lo observado en la investigación, la campaña debe estar dirigida a sensibilizar al público de manera más personal, aunque no se obtuvo ningún mensaje en concreto por parte de los especialistas.

Con la investigación se pudo evidenciar que el paciente fumador no conoce la realidad del gasto mensual estimado en cigarrillos y a pesar de no estar relacionado el hábito tabáquico con los estratos sociales, este podría ser un factor importante para tocar la fibra emocional del fumador y conectarlo con las diferentes actividades que pudiera realizar, al comparar el costo del hábito tabáquico con acciones cotidianas como ir al cine, comprar regalos a la familia, u otras actividades de acuerdo al interés del paciente fumador y su entorno.

Por otra parte, se observa que el fumador de cigarrillos generalmente proviene de un hogar donde uno o más miembros del núcleo familiar también consumen cigarrillos, por lo que el hábito tabáquico es visto como una actividad

normal y esta situación dificulta el abandono del tabaquismo en el paciente que desea dejar de fumar cigarrillos.

Al observar el entorno donde se desenvuelve el individuo fumador, se puede determinar que el mismo influye en la continuidad del consumo de cigarrillo sobre todo en el momento de las reuniones o celebraciones. Ambas situaciones son claves en el paciente que está en un proceso de cesación tabáquica, ya que son detonantes y factores estimulantes para continuar fumando cigarrillos, bien sea por síndrome de abstinencia o por presión psicológica del entorno en el que se encuentra. Es por ello que el tratar este punto será uno de los factores diferenciales en el éxito del tratamiento con LidCad en el paciente.

Hasta los momentos las campañas anti tabáquicas realizadas no han sido de mayor ayuda o impacto en la incidencia del hábito del consumo de cigarrillos, lo cual queda demostrado en la desinformación que posee el paciente acerca de las mismas y por otra parte la poca eficacia que tienen según lo expresado por los expertos. En base a ello se debe realizar una campaña comunicacional que sea más real para el paciente que desea abandonar el tabaquismo expresando situaciones que le sean reales y cotidianas, que afecten su calidad de vida de manera notoria y no tan superficial o general como hasta ahora se han venido desarrollando, al mismo tiempo debe sentir que es algo de carácter personalizado y que es un problema de salud que afecta no solo a la persona que consume el cigarrillo sino a su entorno en general, incluso debe ser una campaña con la que el paciente se identifique.

CAPITULO V

DISEÑO DE CAMPAÑA

Antes de iniciar el desarrollo de la campaña y el plan de marketing se debe acotar que se utiliza el nombre comercial LidCad para el principio activo Vareniclina con la finalidad de proteger los derechos de la marca original y el laboratorio farmacéutico.

5.1 Resumen ejecutivo

LidCad cuyo principio activo es la Vareniclina, es una terapia libre de nicotina indicada para el proceso de cesación tabáquica, que consta de un novedoso mecanismo de acción que actúa al igual que la Nicotina sobre los receptores nicotínicos de acetilcolina asociados a los efectos adictivos de la Nicotina en el cerebro, lo que hace de la Vareniclina, el fármaco ideal para dejar de fumar. Sin embargo, a pesar de lo novedoso de éste medicamento y la eficacia de otras terapias, se ha evidenciado que un porcentaje importante, más del 40% según la encuesta, no logra dejar de fumar definitivamente por diversos factores como la ansiedad, la falta de motivación y el apoyo familiar, por lo que es necesario e imperante diseñar una campaña para la cesación tabáquica, que apoye integralmente al paciente fumador en todo el proceso de cesación tabáquica y que incluya al entorno social del mismo, para que el paciente logre dejar de fumar satisfactoriamente, disminuyendo el riesgo de una recaída en el hábito de fumar cigarrillo.

Por todo lo antes expuesto, el laboratorio farmacéutico productor de LidCad, planea el diseño de una campaña de concientización social que le brinde al paciente, no sólo un medicamento que actúa innovadoramente sustituyendo a la nicotina como lo hace únicamente LidCad, sino que además guie y oriente al paciente en todo el proceso de cesación tabáquica a través de un programa de apoyo integral llamado **Respiremos Juntos**, cuya base fundamental sea ubicar al paciente fumador en el camino correcto para dejar de fumar y hacerle seguimiento mediante información constante a través de una plataforma web, llamadas de orientación hechas por personal capacitado, actividades recreativas e informativas para el fumador y su entorno, apoyo económico para la adquisición y cumplimiento del tratamiento, supervisión médica.

El objetivo de esta campaña es concientizar al paciente y su entorno sobre las consecuencias del cigarrillo, disminuir el consumo de cigarrillos en Venezuela y reducir el riesgo de una recaída en el hábito de fumar de cigarrillos. A nivel de ventas, se espera lanzar la campaña para el año 2015 y el pronóstico de ventas para el cierre de éste año fiscal se muestra en la siguiente tabla:

Tabla XVI. Pronóstico de ventas de LidCad y presupuesto para campaña promocional para el año fiscal 2015

| Pronóstico de ventas de LidCad y presupuesto de campaña para el 2015 | | |
|---|----------------------|---------------------------|
| Unidades | Valores (BsF) | Presupuesto (BsF.) |
| 1.180.000 | 553.184.000 | 55.318.400 |

Fuente: Autores, 2014.

5.2 Análisis del entorno.

Antes de emprender un proyecto se deben evaluar las diversas variables que podrían incidir sobre el mismo, en ese sentido, Lara⁶² define al análisis del entorno como todos los factores y fuerzas fuera de la organización que afectan su desempeño y este entorno se puede clasificar como entorno general y entorno específico.

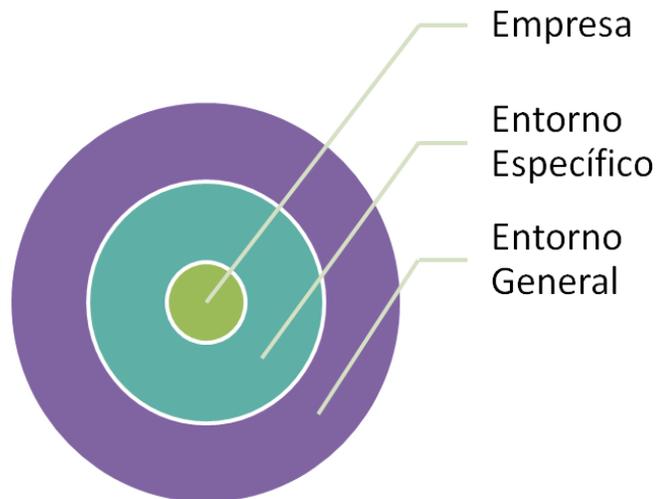


Figura 11. Análisis del entorno de una empresa⁶².

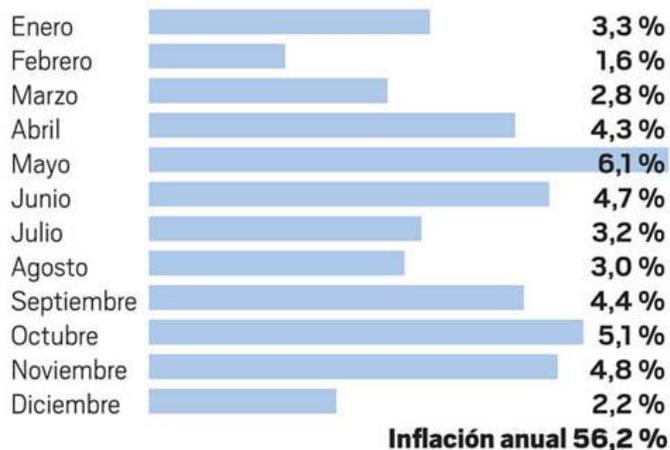
5.2.1 Entorno General

Para el entorno general se deben evaluar factores más amplios como pueden ser condiciones económicas y legales, socioculturales, demográficas, tecnológicas o globales. Los mismos pueden que no afecten de manera directa a la empresa para la realización de la campaña, pero deben ser considerados al momento de general un plan de acción en el ámbito de mercadeo.

5.2.1.1 Aspectos económicos

La inflación en el ámbito económico es el aumento deliberado de los precios de los bienes y servicios en un período de tiempo determinado que generalmente se evalúa como un año. Al observar este valor en el caso particular de Venezuela, según la data aportada por el Banco Central de Venezuela (BCV) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2012 la inflación en este país se ubicaba en 20,1%, mientras que para el año 2013 duplicaba este valor ubicándose en el 56,2%; aunado a esto se genera un nuevo factor de medición llamado índice de escasez, el mismo consiste en el porcentaje de artículos básicos que no se encuentran en el mercado disponibles para el consumidor en un tiempo determinado, siendo para octubre de 2013 de 22,4%.

INFLACIÓN MENSUAL EN 2013



Fuente: Banco Central de Venezuela

Figura 12. Inflación en Venezuela para el año 2013. Fuente BCV

En la figura 12 se pueden observar las elevadas cifras de inflación con un cierre anual para el 2013 de 56,2% de acuerdo a lo publicado por el BCV, lo que refleja los problemas económicos que presenta el país actualmente.

5.2.1.2 Aspectos políticos

Existe un parámetro de medición creado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD por sus siglas en español, llamado Índice de Desarrollo Humano, IDH de acuerdo a sus siglas en español, el cual refleja el nivel de vida de una sociedad tomando en cuenta tres aristas importantes como lo son la longevidad de la población de manera saludable, la educación y la calidad de vida digna de los ciudadanos, y cuya finalidad radica en la creación de un entorno adecuado donde se respeten los derechos humanos de esos ciudadanos.

Este IDH clasifica a los países en 4 grupos según su valor obtenido como Muy Alto, Alto, Medio y Bajo. Según el Informe Mundial del Desarrollo Humano de 2014 realizado por el PNUD, Venezuela se ubica en el puesto 67 de 187 países, con un índice de 0,764, ubicando a este país dentro del rango de IDH Alto. Este valor cobra importancia al compararlo con el IDH del año 1980 ya que aumenta de 0,639 a 0,764, significando un incremento de 19,6% en términos anuales⁶³.

El IDH es un indicador que surge como una alternativa a los indicadores tradicionales, para reflejar los avances obtenidos en materia de desarrollo social

o humano y el mismo es sensible a las políticas sociales implementadas por los gobiernos.

5.2.1.3 Aspectos legales.

Según la normativa venezolana Ley de Medicamentos en el capítulo III que habla sobre la promoción de los medicamentos, en el Artículo 44 se define a la promoción de productos farmacéuticos como “todas las actividades informativas, publicitarias desplegadas por fabricantes, distribuidores y dispensadores”. Adicionalmente el artículo 46 establece que “La promoción deberá ser compatible con la Política Sanitaria Nacional y ajustada a los siguientes criterios éticos para la promoción de los medicamentos: Ofrecer información veraz, evitando cualquier tipo de engaño o exageración; Realizarse dentro de los criterios éticos-sanitarios; e Inducir al uso racional del medicamento”.

Adicionalmente según la Normativa de Promoción y Publicidad de los Medicamentos, publicada en Gaceta Oficial N° 333.723 del 23 de Junio de 2004, en su artículo 17 reza “La promoción y publicidad de medicamentos de venta con prescripción facultativa, debe estar dirigida exclusivamente a los profesionales de la salud, quedando prohibido dirigir estas al público en general”.

Por ser LidCad un medicamento que debe ser adquirido bajo prescripción médica, el diseño y realización de la campaña debe cumplir en su totalidad con

lo expuesto anteriormente, por lo que la información suministrada y promoción implementada debe adecuarse a cada mercado meta.

5.2.2 Entorno específico

Definido como las fuerzas externas que afectan directamente las decisiones y acciones de la empresa y tienen importancia directa para el logro de los objetivos de la misma, siendo único el entorno específico de una organización. Por lo tanto va a estar conformado por el mercado meta y la competencia en el mercado.

5.2.2.1 Mercado meta

Como se mencionó anteriormente, el mercado meta se define como aquel en donde se ofrecen los bienes o servicios y puede ser primario y secundario.

- Mercado Meta Primario (MMP)

Es el principal grupo de consumo que generalmente está compuesto por el comprador del producto, quien no necesariamente es el usuario final del mismo⁶². Para el caso de esta campaña el MMP son los pacientes que desean abandonar el hábito tabáquico con el uso de LidCad.

- Mercado Meta Secundario (MMS)

Este mercado se ha definido como aquel que influye de alguna manera en el mercado meta primario. En la campaña para la cesación tabáquica, el

MMS está definido por el médico prescriptor y por todas aquellas personas capaces de influir sobre el paciente fumador de manera positiva en el uso de LidCad como coadyuvante en la terapia de abandono del hábito tabáquico y en el seguimiento del proceso de cesación a través del programa Respiramos Juntos.

5.2.2.2 Competencia

Anteriormente en Venezuela se disponía de una variedad de terapias para la cesación tabáquica, como por ejemplo Terapias de reemplazo de nicotina como los chicles y parches, así como medicamentos libres de nicotina como Bupropión, Clonidina, Nortriptilina y Vareniclina. En la actualidad, solo se dispone en farmacia de 3 terapias para la cesación tabáquica:

- Bupropión
- Vareniclina.
- Clonidina

5.2.3 Necesidades del mercado

Existen muchos mitos y desinformación acerca del abandono del cigarrillo y ello influye de manera directa en la toma de decisión por parte del paciente, por lo que es relevante destacar que LidCad es en la actualidad la única terapia con indicación exclusiva para el tratamiento coadyuvante en la cesación tabáquica, lo que le da garantía al paciente que eligió la terapia adecuada para iniciar el proceso de abandono del cigarrillo.

5.2.3.1 Necesidades del fumador

Según lo observado en el instrumento de investigación, el paciente fumador que ha intentado dejar de fumar en un 64% de las veces vuelve a retomar el hábito tabáquico, generalmente por el síndrome de abstinencia asociado también a la falta de apoyo familiar que conlleva esta adicción, y adicionalmente por la falta de información acerca de algún tratamiento que ayude en esta etapa ya que el 82% de las personas encuestadas no conocía acerca de algún medicamento que ayudara en el proceso.

Por lo tanto, cuando se trata del fumador la principal necesidad es abordar el síndrome de abstinencia que conlleva el abandono del cigarrillo y para ello debe existir mayor educación al respecto, así como también un apoyo integral de la familia y el entorno social para facilitar el avance del tratamiento.

5.2.3.2 Necesidades del médico

En cuanto al médico prescriptor según las opiniones recogidas en las entrevistas a profundidad, se plantea generar conciencia en la población así como educación para acudir a las terapias respectivas y buscar ayuda como en cualquier otra adicción.

5.2.3.3 Necesidades del entorno social/familiar

Según lo expresado en la encuesta por parte de los fumadores generalmente el entorno familiar no es de gran influencia, debido a que es de igual manera fumador, en ese sentido se debe abordar a los familiares y

entorno social más cercano y concientizar acerca del proceso por el cual atraviesa el paciente, solicitando el apoyo pertinente según sea el caso y adicionalmente orientarlos para facilitar el apoyo del equipo multidisciplinario.

5.2.4 Tendencias

Por su naturaleza el tabaquismo es una enfermedad compleja que afecta tanto a nivel físico como psicológico con una correspondiente codependencia del hábito para poder superar el día a día. A lo largo de los años se han experimentado diversos coadyuvantes para el abandono del hábito caracterizándose en dos ramas principales, los derivados de la nicotina como parches y chicles, y los no nicotínicos que se dividen en los farmacológicos y los no farmacológicos, dentro de ellos tenemos:

Tabla XVII. Tratamientos disponibles a lo largo de la historia en cesación tabáquica.

| Nicotínicos | No Nicotínicos | |
|-------------|----------------|-------------------|
| | Farmacológicos | No Farmacológicos |
| Chicles | Bupropión | Hipnosis |
| Parches | Vareniclina | Acupuntura |
| | Clonidina | Flores de Bach |

Fuente: Autores, 2014.

En la actualidad no existe una guía oficial o un tratamiento estándar a seguir para combatir el hábito de fumar cigarrillos, sin embargo, cabe destacar que en el pasado los chicles y parches nicotínicos fueron de gran uso y popularidad entre aquellos individuos que deseaban dejar de fumar ya que

poseían una liberación menor de la droga y ayudaba abandonarla paulatinamente. En la actualidad a nivel farmacológico se utilizan ambas moléculas farmacológicas como lo son Bupropión y Vareniclina, pero sin dejar de lado los métodos no farmacológicos quienes han abordado de una forma más integral al paciente que en los casos anteriores, presentando así éxito en sus terapias.

5.3 Factores claves de éxito

Para los investigadores de este Trabajo Especial de Grado cobra importancia conocer cuáles son las ventajas comparativas y competitivas de la campaña comunicacional con respecto a sus competidores, que puedan llevar al éxito de la misma, así como todas las variables que puedan estar involucradas en el tema. Para ello se define Éxito según la Real Academia Española⁶⁴ como: “(Del lat. *exītus*, salida). **1.** m. Resultado feliz de un negocio, actuación, etc. **2.** m. Buena aceptación que tiene alguien o algo.”

Teniendo claro el significado de la palabra éxito, se remonta la bibliografía a las enseñanzas del profesor Jhon F. Rockart⁶⁵ quien define a los Factores Claves de Éxito como “Requerimientos de información sensible y vital que permite a los gerentes asegurar que las cosas marchen bien”. Para el Community Manager del portal colombiano Gestipolis, Carlos López⁶⁶, los Factores Claves de Éxito “son los elementos que le permiten al empresario alcanzar los objetivos que se ha trazado y distinguen a la empresa de la competencia haciéndola única”, y para poder encontrarlos se debe hacer una

introspección del negocio “saber cuáles son los procesos o características que distinguen su producto o servicio y cuáles son los que debe dominar a plenitud para crear la ventaja competitiva”.

Por lo tanto Los Factores Claves de Éxito serán los aspectos fundamentales que garantizarán la correcta ejecución y resultados óptimos en cualquier plan o campaña que se aplique, y que para ellos deberá responder cuatro preguntas fundamentales como lo son:

1. ¿Cómo es percibido por el target?
2. ¿Cómo es percibido por los facilitadores de los recursos?
3. ¿En qué procesos se debe optimizar o afinar detalles?
4. ¿Cómo pueden las habilidades ayudar a mejorar e innovar?

En base a estas premisas y conceptos se tiene para el proyecto de campaña comunicacional los siguientes Factores Claves de Éxito:

1. Contar con los recursos adecuados para la ejecución de la campaña promocional de LidCad y Respiramos Juntos en el 2015.
2. Conocer los factores reales que inducen a fumar o a recaer en el hábito según sea el caso, obteniéndose esta información en las encuestas realizadas a personas fumadoras.
3. Disponer de una campaña promocional interesante, viral y efectiva de LidCad y el programa Respiramos Juntos.
4. LidCad es un medicamento avalado clínicamente, para apoyar a los pacientes en el proceso de cesación tabáquica.

5. Contar con la confianza de los médicos para prescribir LidCad y promover el programa de apoyo.
6. Generar los mensajes adecuados para promover la cesación tabáquica, los cuales se obtuvieron a través de las entrevistas realizadas a los médicos especialistas en cesación tabáquica.
7. Contar con un equipo multidisciplinario entre psicólogos, médicos, terapeutas pulmonares, y personas de diferentes roles e influencia en el proceso de cesación tabáquica, dispuestos a contestar las dudas de los pacientes y su entorno.
8. Contar con beneficios importantes del programa Respiramos Juntos para el paciente fumador en el proceso de cesación tabáquica.

5.4 Análisis DOFA

El siguiente análisis DOFA incluye las principales fortalezas y debilidades que se presentan para el diseño y realización de la campaña de concientización social para la disminución del consumo de cigarrillos en Venezuela con LidCad, y describe las oportunidades y las amenazas que se deben afrontar.

5.4.1 Fortalezas

- Contar con los recursos adecuados para la ejecución del programa.
- Disponer de una campaña de comunicación interesante, viral y efectiva.
- Contar con un medicamento avalado clínicamente, para apoyar a los pacientes en el proceso de cesación tabáquica.

- Contar con la confianza de los médicos para prescribir LidCad y promover el programa de apoyo.

5.4.2 Debilidades

- Ignorar la edad promedio en general en que el paciente comienza a fumar y las razones, para realizar una campaña con mayor foco.
- No poder hacer publicidad masiva de LidCad, por ser un medicamento que puede adquirirse bajo prescripción médica. .
- Desconocer el mensaje ideal para la campaña de cesación tabáquica.

5.4.3 Oportunidades

- Posibilidad de formar alianzas con Organizaciones Anticancerosas y Centros hospitalarios para realizar actividades que ayuden a concientizar a pacientes y médicos, así como con el MPPPS para unir esfuerzos con su campaña anti tabáquica.
- La gran disposición de los médicos para prescribir LidCad y promover el programa de apoyo.
- Alianzas con las farmacias para el proceso de canje de las cajas de Lidcad 4x1.
- Posibilidad de influir en la prescripción del médico en LidCad.

5.4.4 Amenazas

- Falta de interés por parte del paciente y el entorno en la campaña para dejar de fumar.

- Baja disposición por parte del médico para la prescripción de terapias anti tabáquicas en particular Vareniclina.
- Resistencia del doctor para prescribir LidCad, por no confiar en la eficacia del medicamento, ni en su perfil de seguridad.
- Presencia de un porcentaje de la población no despreciable que aún no tiene acceso a las redes sociales y comunicación por internet.
- Lentitud en los procesos burocráticos de permiso por parte de las autoridades del M.P.P.S. y del Instituto Nacional de Higiene.
- Control cambiario existente en Venezuela desde el año 2004.
- Los factores económicos “per se” del país como la inflación.
- Ignorar las restricciones que puedan generarse en la campaña por parte del departamento Regulatorio del laboratorio.

5.5 Competencia de LidCad

En el mercado venezolano existe en la actualidad dos medicamentos que son usados como coadyuvantes en el tratamiento de la cesación tabáquica Welbutrin® (Bupropión) y LidCad (Vareniclina). En cuanto a las indicaciones de ambos medicamentos es donde se encuentra la primera diferencia relevante, ya que según el prospecto aprobado por el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” en el caso de Welbutrin® su indicación es como reza el prospecto “Antidepresivo. Tratamiento de pacientes con depresión moderada a severa y adyuvante en el tratamiento para dejar de fumar”, en el caso de LidCad su única indicación es como tratamiento coadyuvante en la disminución del síndrome de abstinencia en el proceso de dejar de fumar. Adicionalmente existe una tercera

terapia que una minoría de profesionales de la salud indican para dejar de fumar, Catapresan[®] (Clonidina), un antihipertensivo que a pesar de no tener aprobación de la FDA ni del Instituto Nacional de Higiene, es utilizado para paliar los síntomas del síndrome de abstinencia asociados al uso crónico de narcóticos, el alcohol y la nicotina, debido a que actúa sobre el sistema nervioso central teniendo efectos sedantes.

Tabla XVIII. Terapias disponibles para dejar de fumar en

Venezuela en el 2015

| Terapias disponibles para la cesación tabáquica en Venezuela | | | | |
|---|-------------------------|------------------------------|--|-------------------------------|
| Principio activo | Nombre Comercial | Laboratorio | Presentación | Precio referencial |
| Bupropión | Wellbutrin [®] | GlaxoSmithKline [®] | Tabletas de 150mg x 30 | BsF. 264 |
| Vareniclina | LidCad | Casa Comercial | Tabletas de 0.5mg x 25 Tabletas de 1.0mg x 28 | BsF. 620 cada presentación |
| Clonidina | Catapresan [®] | Boehringer Ingelheim | Tabletas de 0.150mg x 30 | BsF. 358,00 |

Fuente: Autores, 2014

En cuanto al esquema de dosificación de los dos productos principales se realiza de la misma manera, una fase de inicio y luego una fase de mantenimiento donde la dosis es superior a la inicial. La diferencia radica en el término de la terapia pasadas las 12 semanas de tratamiento, en el caso de Bupropión se debe realizar un esquema de disminución progresiva de dosis con

la finalidad de evitar el efecto rebote en el tratamiento, mientras que en el caso de LidCad no se necesita este esquema.

Actualmente los laboratorios GlaxoSmithKline y Boehringer no cuentan con una fuerza de ventas que promocioe estos productos, lo cual sería un factor diferencial a la hora del lanzamiento de la campaña comunicacional, ya que la fuerza de venta impulsará las ventas de LidCad y el acceso de los pacientes al programa Respiramos Juntos mediante:

- Promoción médica del nuevo mensaje y enfoque de tratamiento que desea LidCad llevar a los pacientes fumadores.
- Presentación de los beneficios del programa Respiramos Juntos y la facilidad de afiliarse al mismo.
- Información al equipo de marketing de las opiniones y la aceptación de la marca y el programa.
- Creación de afinidad y alianzas con médicos y personal de farmacias por LidCad y el programa Respiramos Juntos.

5.6 Estrategias de marketing

El objetivo final de esta campaña comunicacional de LidCad es disminuir el consumo de cigarrillos mediante el éxito del tratamiento abordando los diferentes factores que pueden influir en el hábito. Es por ello que se realiza de manera multifactorial, de forma tal que se pueda sensibilizar a la población y aumentar el número de pacientes que voluntariamente desean cambiar ese estilo de vida por uno más saludable y longevo.

Tomando en cuenta que LidCad es el único medicamento en el mercado venezolano cuya indicación es como coadyuvante en proceso de dejar de fumar, y que adicionalmente posee la mayor cantidad de evidencia científica en cuanto a efectividad y seguridad, se plantea crear el posicionamiento de LidCad como molécula principal en el tratamiento coadyuvante, mediante una campaña comunicacional que incluye un factor fundamental que anteriormente no había sido tratado, como lo es el entorno Social y Familiar del paciente que desea abandonar el cigarrillo. Estas estrategias serán posteriormente detalladas a profundidad.

5.6.1 Objetivos de marketing

- Cualitativos

- Posicionar a LidCad como terapia de primera elección para el tratamiento de cesación tabáquica.
- Lograr un impacto positivo con la campaña comunicacional asociada a LidCad en pacientes fumadores, médicos tratantes, familiares y amigos de fumadores, en el tema de abandono del hábito tabáquico.
- Aumentar la prescripción de LidCad en un 20% y la asociación con el programa de apoyo al paciente ***Respiremos Juntos*** en los médicos tratantes.

- Crear alianzas entre los centros de salud donde se realiza cesación tabáquica, para promover el programa de apoyo al paciente ***Respiremos Juntos***.
- Disminuir el consumo de cigarrillos y reducir el riesgo de recaídas en el hábito tabáquico.

- Cuantitativos

- Lograr vender 1.180.000 de unidades de LidCad en el año 2015, ya que sería la sumatoria de las unidades vendidas de:
 - Unidades vendidas de LidCad.
 - Unidades de terapias nicotínicas.
 - Incremento del 14% del total de estas unidades basados en el índice de evolución del mercado.
- Captar 200.000 pacientes en el programa de apoyo al paciente ***Respiremos Juntos***, para garantizar parte de las ventas estimadas para el año 2015.
- Alcanzar más de 1.000.000 de visitas a la plataforma web entre pacientes, médicos y terceras personas.

5.7 Mercado Meta

El mercado meta a capitalizar con la campaña comunicacional de LidCad está formado por dos grandes grupos el MMP el cual está conformado por los

fumadores que desean abandonar el hábito y necesitan una ayuda para ello, y el Mercado Meta Secundario constituido por todas aquellas personas que de una u otra manera son factores fundamentales e influyen al paciente a comenzar un tratamiento para dejar el hábito tabáquico.

5.7.1 Mercado meta primario

En base a los resultados del instrumento de investigación aplicado, se puede observar que el paciente fumador en primer lugar comienza el hábito a tempranas edades como puede ser en la pre-pubertad, siendo el principal motivador la curiosidad o el estatus social que le da en determinado grupo. Luego sigue avanzando en su adicción, pero la motivación cambia y se dirige más a ser como un factor placentero y liberador de tensiones, o un hábito social que incrementa en las reuniones o fiestas. Por lo tanto debido a que LidCad es un medicamento cuyo uso no ha sido aprobado en pacientes menores de edad, su mercado meta primario se basará en los pacientes adultos mayores de 18 años de edad que tengan el deseo de abandonar el hábito tabáquico.

5.7.2 Mercado meta secundario

En cuanto a la campaña comunicacional que se desarrolla, el Mercado Meta Secundario de LidCad estará constituido por todos aquellos individuos que intervienen en alguna manera o que colaboran en la cesación tabáquica del paciente, entre ellos tenemos:

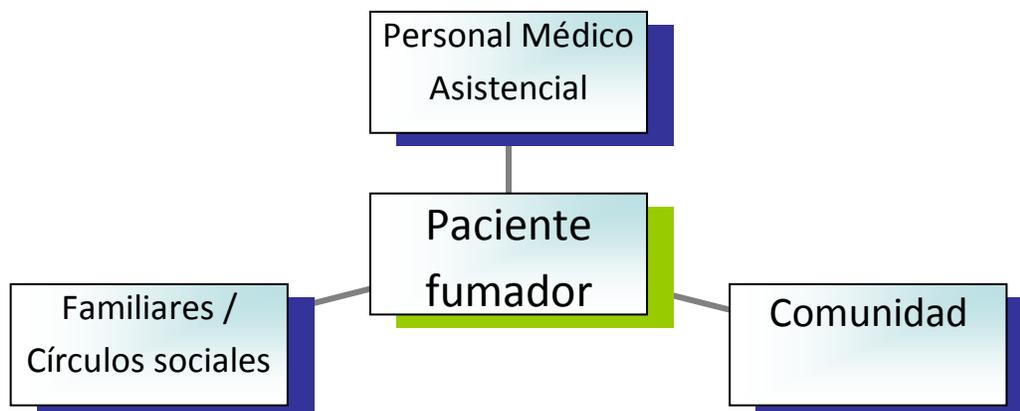


Figura 13. Mercado Meta Secundario de LidCad. Fuente: Autores, 2014

En primer lugar y según lo obtenido en las entrevistas a profundidad a especialistas en la materia se tiene al personal Médico Asistencial, quienes son los que poseen la capacidad de prescripción de algún medicamento coadyuvante en el tratamiento para el paciente, así como también toda la información necesaria para ayudarlo a superar el proceso. Según estudios de mercado realizados se puede observar que las especialidades más sensibles a la prescripción de estos medicamentos son aquellas en donde se ve afectada de manera directa la mejora del paciente a causa del consumo de cigarrillo, como lo son Neumonología, Cardiología, Endocrinología y por su carácter de enfermedad adictiva y de tipo mental está también la Psiquiatría. Estas conforman las especialidades meta de LidCad en su campaña comunicacional, entre las cuales se deberá crear una red de alianza con los centros especializados en el tratamiento de la cesación tabáquica.

Por otra parte, se tiene el entorno familiar el cual influye en impulsar el abandono del hábito si el fumador es solitario en el mismo, de lo contrario el

fumar cigarrillo es visto como algo natural en el núcleo. Esta situación lleva a diferenciar la influencia familiar en ambos escenarios, ya que en el primer lugar se tiene el apoyo de la familia para el cese del consumo de cigarrillo, mientras que en el segundo caso puede coartar el proceso y deberá ser manejado según los estándares obtenidos en los centros de salud a fin de no ser interrumpida la terapia. Situación similar que se presenta en cuanto al entorno social, ya que se tienen dos probabilidades que el entorno apoye o no al paciente en su proceso de abandono del hábito de fumar cigarrillos.

En último lugar tenemos a la Comunidad, en este aspecto se debe contar con la ayuda de los trabajadores sociales quienes son los que tienen contacto e influencia con los habitantes de los diferentes sectores y mediante los cuales se puede realizar una campaña anti tabáquica a manera de realizar prevención a edades tempranas e involucrar a aquellos pacientes adultos que han tenido buenos resultados con tratamientos anti tabáquicos, para que puedan inspirar y motivar a otros a dejar de fumar.

5.8 Posicionamiento de LidCad

Como se mencionó anteriormente, el posicionamiento es el lugar que ocupa un producto en la mente del cliente. En esta campaña se tienen 3 tipos de clientes, el paciente fumador, el médico prescriptor y el entorno que rodea al paciente fumador, para cada uno de estos clientes se estableció un posicionamiento de LidCad, cumpliendo así con uno de los objetivos del trabajo de investigación, específicamente, “Definir los tipos de posicionamiento de la

marca dentro del mercado de productos para la cesación tabáquica en el target primario y secundario”.

5.8.1 Posicionamiento de LidCad en el mercado meta primario

El mercado meta primario de LidCad para esta campaña es el paciente fumador, por lo que el posicionamiento en este caso es:

“**LidCad** es la terapia para dejar de fumar **que** le brinda la mayor eficacia comprobada para abandonar el hábito tabáquico, **porque** además de contar con estudios clínicos que comprueban su efectividad, es la única con el programa de apoyo integral **Respiremos Juntos** que lo orientará durante y después del proceso de cesación tabáquica, **para que** logre exitosamente su objetivo disminuyendo el riesgo de una recaída en el hábito de fumar cigarrillos”.

5.8.2 Posicionamiento de LidCad en el mercado meta secundario

El mercado meta secundario principal son los médicos, ya que estos son los profesionales capacitados y autorizados para recomendar y prescribir LidCad al paciente fumador que desee o tenga que dejar de fumar por razones de salud. El posicionamiento de LidCad para este mercado meta es:

“**LidCad** es la terapia de elección para la cesación tabáquica, **que** gracias a su novedoso mecanismo de acción provee la mayor evidencia clínica de eficacia en el proceso de dejar de fumar, **porque** logra reducir el placer que le brinda la nicotina al paciente disminuyendo progresivamente el deseo de

fumar, **para que** en tan solo 12 semanas alcance el éxito terapéutico, ofreciendo además un programa integral de seguimiento durante y después del proceso de abandono del hábito tabáquico, **para garantizar** el cumplimiento de la terapia y que el paciente logre el objetivo y evite las recaídas”.

Adicionalmente se tiene un segundo mercado meta secundario, que son las personas que conforman el entorno social del paciente fumador, es decir, familiares y amigos. Estas personas no están capacitadas para recomendar LidCad, pero si pueden recomendar el programa de apoyo al paciente, por lo que se estableció el posicionamiento para el programa ***Respiremos Juntos***.

“***Respiremos Juntos*** es el primer y único programa de apoyo integral para pacientes fumadores, familiares y amigos, **que** orienta y guía en todo el proceso de cesación tabáquica **porque** brinda un soporte educativo, emocional y económico, **para que** el paciente logre dejar de fumar de manera exitosa, disminuyendo la posibilidad de una recaída en el hábito del cigarrillo”.

5.9 Mezcla de Marketing, la aplicación de las “4 P’s”

A pesar de que esta campaña promocional tiene un enfoque social, siempre se debe diseñar bajo las premisas del marketing mix.

5.9.1 Producto

Actualmente en el mercado venezolano sólo se dispone de dos moléculas utilizadas a nivel farmacológico como coadyuvantes en el proceso de cesación tabáquica, entre las cuales se encuentra LidCad cuyo principio activo

es Vareniclina, habiéndose explicado todas sus propiedades farmacológicas en el apartado 2.6 del marco teórico.

LidCad tiene una indicación única según la FDA como coadyuvante al tratamiento para dejar de fumar y puede ser adquirido bajo prescripción médica.

LidCad es suministrado para administración oral en 2 concentraciones:

- Tabletas de 0.5 mg, capsulares biconvexas, blancas a grisáceas, recubiertas con una película.
- Tabletas de 1.0 mg, capsulares biconvexas, azul claro, recubiertas con una película.

En la tabla XIX se describen las presentaciones de LidCad disponibles para el paciente en las farmacias de Venezuela y en la figura 14 se detalla el diseño de los empaques:

Tabla XIX. Presentaciones disponibles de LidCad en Venezuela¹⁰.

| Presentaciones de LidCad disponibles en Venezuela | |
|--|---|
| Presentación | Descripción |
| Terapia de inicio | Empaque tipo cartera con 11 tabletas de 0.5 mg y 14 tabletas de 1.0 mg, equivalente a 2 semanas de tratamiento y está indicado para las dos primeras semanas del mismo. |
| Terapia de continuación | Empaque tipo cartera con 28 tabletas de 1.0 mg, equivalente a 2 semanas de tratamiento y está indicado para los meses de continuación del mismo. |



Figura 14. Diseño de los empaques de LidCad. Fuente: Autores, 2014.

El tratamiento de LidCad tiene una duración de 12 semanas, iniciando la terapia con un esquema de titulación de 1 semana para que el paciente se adecue a la terapia y a partir del 8vo día (segunda semana de tratamiento) la dosis recomendada de LidCad es de 1 mg dos veces al día por 5 semanas continuas. Motivado a esto, para que el paciente cumpla con la terapia debe adquirir un total de:

1 empaque de terapia de inicio: duración 2 semanas.

5 empaques de terapia de continuación: duración 10 semanas.

5.9.2 Precio

LidCad se encuentra disponible sólo en farmacias y el mismo ya presenta un precio establecido por la casa comercial para las droguerías de BsF. 468.80 para ambas presentaciones.

Este precio fue actualizado y aprobado por el Ministerio del Poder Popular para el Comercio en Abril de 2014, tras la solicitud de un incremento

del 20% justificado por los factores económicos que influyen en Venezuela y por la necesidad de contar con el presupuesto adecuado para el diseño de la campaña de concientización social para la disminución del consumo de cigarrillos en Venezuela.

El precio promedio para los pacientes de LidCad establecido en las farmacias es de BsF. 600,00 aproximadamente, por lo tanto el costo del tratamiento completo de LidCad para el paciente será:

Precio promedio de 1 caja de LidCad de 2 semanas = BsF. 600,00

Tratamiento completo de LidCad = 12 semanas

Cajas necesarias para cumplir el tratamiento exitosamente = 6 cajas

Costo promedio del tratamiento completo de LidCad = BsF. 3.600,00

Se estima que el precio de costo tratamiento no presente variación para el año 2015 durante la campaña. Sin embargo, es importante destacar que motivado a la situación económica cambiante que se presenta en el país, donde los valores de la inflación varían abruptamente y el control cambiario afecta los costos y adquisición de la materia prima, el precio de LidCad puede ser incrementado a mediados del año 2015 o al inicio del año 2016, de acuerdo a las disposiciones del Ministerio del Poder Popular para el Comercio.

5.9.3 Promoción y publicidad

La casa comercializadora de LidCad trabaja para brindar a sus pacientes la seguridad y tranquilidad de contar con un tratamiento integral que le permita

dejar de fumar cigarrillos de manera exitosa disminuyendo el riesgo de reincidir en el hábito de fumar cigarrillo nuevamente, a través de su terapia de elección LidCad y su programa de apoyo ***Respiremos Juntos***.

- Promesa básica de **LidCad**

LidCad disminuye progresivamente el placer que brinda la nicotina al paciente reduciendo el deseo de fumar y logra de manera exitosa el objetivo del paciente que es el cese del consumo de cigarrillos.

- Razón de la promesa básica de **LidCad**

LidCad es Vareniclina, una molécula con un novedoso mecanismo de acción que actúa sobre los receptores de acetilcolina al igual que la Nicotina, impidiendo la unión de ésta a dichos receptores y por consiguiente no se estimula el sistema dopamina-mesolímbico del sistema nervioso central que es el encargado de brindar placer al fumador.

- Slogan de LidCad

“Deja atrás el fumador que hay en ti”

- Promesa básica del programa ***Respiremos Juntos***

Respiremos Juntos brinda la orientación y el apoyo necesario al paciente fumador, antes, durante y después del proceso de cesación tabáquica, para guiarlo y disminuir el riesgo de la recaída en el hábito tabáquico.

- Razón de la promesa básica del programa **Respiremos Juntos**

Respiremos Juntos es un programa integral de apoyo al paciente que cuenta con un equipo multidisciplinario que le ofrece al fumador y su entorno, una variedad de herramientas que van desde una plataforma web hasta profesionales especializados en el proceso de cesación tabáquica, para que el afectado logre su objetivo.

- Slogan del programa **Respiremos Juntos**

“Bríndale un respiro a tu vida”

- Punto Diferencial de LidCad y su programa de apoyo Respiremos Juntos.

LidCad se diferencia de otras terapias anti tabáquicas en:

1. LidCad es la única terapia indicada exclusivamente como coadyuvante en el proceso de cesación tabáquica con un exclusivo e innovador mecanismo de acción entre los agentes farmacológicos usados en la terapia para dejar de fumar.
2. LidCad es la única terapia anti tabáquica con estudios comparativos de eficacia, que demuestran superioridad y éxito en el proceso de cesación tabáquica.
3. LidCad es la única terapia que le ofrece al paciente además de los beneficios de la Vareniclina, un programa de apoyo integral

exclusivo para pacientes fumadores y su entorno, llamado ***Respiremos Juntos.***

5.9.3.1 Estrategia de promoción y publicidad

La casa comercializadora de LidCad para el logro de sus objetivos considera de suma importancia llegar con una campaña de concientización tanto al paciente fumador y su entorno como a los médicos especialistas, para alcanzar su objetivo principal, que es disminuir el consumo de cigarrillos a través del uso de LidCad, minimizando el riesgo de recaídas futuras. Para ello, se establecieron planes de promoción específicos para médicos, farmacias, pacientes y el entorno social.

- *Promoción para médicos especialistas*

Como se ha mencionado anteriormente, las principales especialidades que indican terapias para la cesación tabáquica son los Neumólogos, Cardiólogos, Endocrinos y en menor proporción los Psiquiatras, por lo que se formará una fuerza de venta que visite exclusivamente estas especialidades para promocionar LidCad y el programa ***Respiremos Juntos.***

• *Promoción a través de la Fuerza de Ventas.*

La Fuerza de venta estará conformada por 20 representantes médicos a nivel nacional, la cual estará dividida en:

5 Representantes médicos en Región Capital.

4 Representantes médicos en Región Oriente.

3 Representantes médicos en Región Occidente.

3 Representantes médicos en Región Centro Occidente.

3 Representantes médicos en Región Centro Este.

2 Representantes médicos en Región Andes.

En la zona de la Gran Caracas se concentra la mayor cantidad de representantes médicos, debido a que esta zona representa el 40% de las ventas de acuerdo a los reportes de IMS Health.

Las especialidades médicas a visitar, las marcas a promocionar y el orden que se manejará durante el año 2015 se muestran en la tabla XX, manteniéndose LidCad y el programa **Respiremos Juntos** en primera y segunda posición respectivamente.

Tabla XX. Parrilla promocional de LidCad y programa Respiremos Juntos para el año 2015.

| Especialidades médicas y parrilla promocional para el 2015 | |
|---|--|
| Neumonólogo | 1. LidCad 2. Programa Respiremos Juntos |
| Cardiólogo | 1. LidCad 2. Programa Respiremos Juntos |
| Endocrinólogo | 1. LidCad 2. Programa Respiremos Juntos |
| Psiquiatra | 1. LidCad 2. Programa Respiremos Juntos |

Fuente: Autores, 2015

Los periodos de promoción de LidCad y el programa Respiremos Juntos se manejaran por mes y la cuota de contactos realizados por mes será definido por la cantidad de días hábiles del mismo, donde cada día hábil el representante médico debe visitar:

2 Farmacias

4 Médicos de consulta hospitalaria

8 Médicos de consulta privada

El fichero médico de consulta privada debe estar conformado para un periodo ideal de 20 días hábiles, es decir, un total de 160 contactos distribuidos de la siguiente forma:

120 médicos puros { 80 médicos con frecuencia 1
40 médicos con frecuencia 2

Los 40 médicos con frecuencia 2 deben ser principalmente neumonólogos y psiquiatras y de ser necesario completar los 40 médicos con cardiólogos prescriptores de terapias para dejar de fumar.

El material promocional que recibirán los representantes de ventas para entregar a los médicos prescriptores durante los 12 meses del año 2015 se detallan en la tabla XXI y serán entregados cada 2 meses, manejándose:

1. **Ayuda Visual de LidCad:** donde se exponen las necesidades y soluciones que ofrece LidCad al doctor y paciente, la misma estará dividida de acuerdo a la especialidad a visitar y una lámina para promoción en farmacia. El diseño de la ayuda visual se realizó en base a la información recopilada en las encuestas y entrevistas realizadas, ver anexo 4.
2. **Ayuda Visual de *Respiremos Juntos*:** presentación y descripción del programa, mostrando los principales beneficios de orientación y guía al paciente en el proceso de cesación tabáquica, ver anexo 5.
3. **Seminarios de Evidencia Clínica:** se diseñaran 3 resúmenes de evidencia clínica de LidCad que pueden observarse en el anexo 6:
 - El primero con evidencia de eficacia para entregar en los meses 1 y 2.
 - El segundo con evidencia clínica de seguridad para entregar en los meses 3 y 4
 - El tercero con evidencia comparativa de superioridad para entregar en los meses 7 y 8.
4. **Trípticos del programa *Respiremos Juntos*:** se diseñaran 2 modelos con información del programa, ver anexo 7:
 - El primero tratará sobre el lanzamiento del programa y se entregará en los meses 3 y 4
 - El segundo sobre los resultados obtenidos a la fecha y serán entregados en los meses 9 y 10.

5. **Folletos del programa *Respiremos Juntos*:** se diseñaran 3 modelos de folletos con información adecuada del programa de apoyo integral, sin mencionar la marca LidCad, ya que estos están destinados a pacientes, por lo que se dejaran en consultorios, salas de espera de clínicas y hospitales y deben contener la información de acceso a la plataforma web, ver anexo 8.
6. **Terapias de Inicio del LidCad con tarjeta de acceso al programa *Respiremos Juntos*:** motivado a que se desea que el paciente salga de la consulta médica decidido a dejar de fumar y con LidCad no es posible el uso de muestras médicas, una de las estrategias es que el doctor le obsequie la terapia de inicio al paciente junto con la tarjeta de acceso al programa de apoyo para que no exista excusa valedera para no iniciar el proceso de cesación tabáquica. Por el costo de las terapias de inicio, el representante médico le debe entregar una cantidad no mayor a 5 empaques de LidCad y tarjeta de acceso por mes a los doctores que realmente lo indican, haciéndole seguimiento en cada visita para reponer sólo las terapias necesarias y no perder este valioso material promocional.
7. **Gimmick alusivos a la marca LidCad y al programa *Respiremos Juntos*:** utilizados como recordatorios de marcas y entregados a médicos prescriptores, estos gimmick se pueden observar en el anexo 9 y son:

- Bolígrafos color azul y verde.
- Libretas color verde.
- Tazas térmicas.
- Tarjeteros ejecutivos

Tabla XXI. Material promocional para médicos a entregar en el año 2015.

| Materiales Promocionales para el años 2015 | | | |
|---|---|------------------------------------|---|
| Mes | Material | Cantidad/ Representante | Especialidades Médicas |
| Enero a Diciembre | Ayuda Visual de LidCad | 1 | Neu, Car, End, Psi |
| | Ayuda Visual Respiremos Juntos | 1 | Neu – Car End – Psi |
| Enero y Febrero | Bolígrafos LidCad | 100 x Representante | Neu – Car End – Psi |
| | Bolígrafos Respiremos Juntos | 100 x Representante | Psi – Neu |
| | Seminario 1 Resúmen Evidencia clínica de LidCad | 200 x Representante | Neu – Car End – Psi |
| | Terapias de Inicio de LidCad con tarjeta de acceso al programa R.J. | 1500 x Representante | Psi, Neu, Car y End prescriptores de LidCad |
| Marzo y Abril | Seminario 2 Resúmen Evidencia clínica de LidCad | 200 x Representante | Neu – Car End – Psi |
| | Libretas LidCad-Respiremos Juntos | 60 x Representante | Car – End VIP |
| | Taza Francia LidCad-Respiremos Juntos | 54 x Representante | Neu – Psi VIP |
| | Tríptico 1 del Programa Respiremos Juntos | 300 x Representante | Neu – Car End – Psi |
| | Folleto 1 del Programa Respiremos Juntos | 1000 x Representantes | Para pacientes en consultorios |
| Mayo y Junio | Terapias de Inicio de LidCad con tarjeta de acceso al programa R.J. | 500 x Representante | Psi, Neu, Car y End prescriptores de LidCad |
| | Bolígrafos LidCad | 100 x Representante | Neu – Car End – Psi |
| | Bolígrafos Respiremos Juntos | 90 x Representante | End – Car |

| Materiales Promocionales para el años 2015 (Continuación) | | | |
|--|--|------------------------------------|---|
| Mes | Material | Cantidad/ Representante | Especialidades Médicas |
| Julio y Agosto | Seminario 3 Resumen Evidencia clínica de LidCad | 200 x Representante | Neu – Car End – Psi |
| | Tarjetero ejecutivo LidCad-Respiremos Juntos | 100 x Representante | Car, End, Psi y Neu VIP |
| | Folleto 2 del Programa Respiremos Juntos | 1000 x Representante | Para pacientes en consultorios |
| Septiembre y Octubre | Terapias de Inicio de LidCad con tarjeta de acceso al programa R.J. | 500 x Representante | Psi, Neu, Car y End prescriptores de LidCad |
| | Tríptico 2 del Programa Respiremos Juntos | 200 x Representante | Neu – Car End – Psi |
| | Bolígrafos LidCad | 100 x Representante | Neu – Car End – Psi |
| | Bolígrafos Respiremos Juntos | 80 x Representante | Psi – Neu |
| Noviembre Y Diciembre | Folleto 3 del Programa Respiremos Juntos | 1000 x Representante | Para pacientes en consultorios |

Fuente: Autores, 2014.

- Promoción a través de educación médica continua.

Adicional a toda la promoción realizada por la fuerza de venta, se realizará una actividad de educación médica continua, basada específicamente en la Gira Nacional “**Respira saludablemente con LidCad**”, que consiste en:

- Visitar las 6 regiones nacionales para dar una cena conferencia.

- Las conferencias serán dictadas por especialistas líderes de opinión en Cardiología, Neumonología, Endocrinología y Psiquiatría.
- El tema base de la conferencia son las consecuencias del consumo del cigarrillo desde diferentes ángulos de la medicina y beneficios de LidCad.
- La conferencia cerrará con el lanzamiento formal del programa “**Respiremos Juntos**” y su plataforma web.

- Promoción para personal de farmacias.

La casa comercial de LidCad cuenta con una fuerza de venta conformada por asesores de negocio que se encargan exclusivamente de atender las farmacias, para hacer transferencias, montar exhibiciones, hacer actividades y charlas para regentes y auxiliares, entre otros.

Adicionalmente, los representantes médicos de LidCad visitaran 2 farmacias diarias para promocionar las marcas y el programa Respiremos Juntos, dándole prioridad a LidCad.

- Promoción a través de los asesores de negocio.

La fuerza de venta de asesores de negocio está conformada por 24 representantes a nivel nacional, distribuidos de la siguiente manera:

6 Asesores en Región Capital.

5 Asesores en Región Oriente.

4 Asesores en Región Centro Este.

3 Asesores en Región Occidente.

3 Asesores en Región Centro Occidente.

3 Asesores en Región Andes.

Los asesores de negocios son los encargados en las farmacias de:

- Crear alianzas con los encargados de compras, para orientarlos sobre la productividad de tener el portafolio de la casa comercial en su farmacia.
- Garantizar el stock adecuado de las marcas, dependiendo de la farmacia.
- Organizar los pedidos y realizar las transferencias.
- Negociar descuentos por volumen de unidades en caso que aplique.
- Promociones rápidas a los regentes y auxiliares, para que conozcan las marcas comerciales, principio activo, presentaciones e indicaciones.
- Hacerle promoción y seguimiento al programa de apoyo al paciente y a los canjes.
- Coordinar con los representantes médicos, charlas coffe sobre las marcas más importantes de la casa comercial y

que requieran apoyo, para brindar una atención y mayor información de las marcas al personal de las farmacias, con el objetivo de ganar reconocimiento y afinidad de los mismos.

Los asesores de negocio también tienen parrilla promocional, y por el relanzamiento de LidCad y el programa, LidCad y **Respiremos Juntos** se ubican en primera y segunda posición respectivamente, contando también con material promocional del programa **Respiremos Juntos**.

Al igual que los representantes médicos, los asesores de negocio cumplen con periodos promocionales mensuales y la cuota de contactos realizados por mes será definido por la cantidad de días hábiles del mismo, donde cada día hábil el asesor debe:

Visitar 8 farmacias

Realizar al menos 4 transferencias.

El material promocional del programa Respiremos Juntos que recibirán los asesores de negocio para entregar al personal de farmacia durante los 12 meses del año 2015 se detallan en la tabla XXII y serán entregados cada 2 meses, manejándose:

1. **Ayuda Visual de LidCad:** exclusiva para farmacia, donde la información es clara y sencilla para los regentes y auxiliares.

2. **Ayuda Visual de *Respiremos Juntos***: presentación y descripción del programa, mostrando los principales beneficios de orientación y guía al paciente en el proceso de cesación tabáquica, ver anexo 5.
3. **Folletos del programa *Respiremos Juntos***: se diseñaran 3 modelos de folletos con información adecuada del programa de apoyo integral, sin mencionar la marca LidCad, ya que estos están destinados a pacientes, por lo que se dejaran en los mostradores de las farmacias que lo permitan y deben contener la información de acceso a la plataforma web, ver anexo 8.
4. **Tarjeta de acceso al programa *Respiremos Juntos***: Estas tarjetas serán destinadas exclusivamente a los pacientes que compren la terapia de inicio en la farmacia, para garantizar que no pierda el beneficio de orientación y seguimiento en el proceso de cesación tabáquica, así como el beneficio económico.
5. **Gimmick alusivos al programa *Respiremos Juntos***: estos están conformados exclusivamente por bolígrafos azules con el logo del programa de apoyo integral, ver anexo 9.

Tabla XXII. Material promocional para farmacias a entregar en el año 2015.

| Materiales promocionales para el año 2015 | | | |
|--|--|-----------------------------|---|
| Mes | Material | Cantidad/ Asesor | Observaciones |
| Enero a Diciembre | Ayuda Visual de LidCad | 1 | <i>Para promocionar a regentes, auxiliares y encargados de compra</i> |
| | Ayuda Visual Respiremos Juntos | 1 | |
| | Charlas Coffe a farmacias productivas. | 20 x Asesor | <i>Estas charlas se harán en las farmacias más productivas que requieran atención</i> |

| Materiales promocionales para el año 2015 (Continuación) | | | |
|---|--|-----------------------------|--|
| Mes | Material | Cantidad/ Asesor | Observaciones |
| Enero y Febrero | Bolígrafos Respiremos Juntos | 100 x Asesor | |
| | Tarjetas de acceso al programa R.J. | 400 x Asesor | |
| Marzo y Abril | Folleto 1 del Programa Respiremos Juntos | 1000 x Asesor | |
| Mayo y Junio | Bolígrafos Respiremos Juntos | 100 x Asesor | |
| Julio y Agosto | Folleto 2 del Programa Respiremos Juntos | 100 x Asesor | |
| Septiembre y Octubre | Tarjeta de acceso al programa R.J. | 400 x Asesor | <i>Tarjetas para reponer donde sea necesario</i> |
| | Bolígrafos Respiremos Juntos | 100 x Asesor | |
| Noviembre y Diciembre | Folleto 3 del Programa Respiremos Juntos | 1000 x Asesor | |

Fuente: Autores, 2014.

- *Promoción a través de los Representantes Médicos.*

Los representantes médicos deben visitar diariamente 2 farmacias y los objetivos de estas visitas son:

- Verificar el inventario de sus marcas, para manejar el stock de las farmacias más productivas de la zona que va a visitar ese día.
- Verificar la disponibilidad de los canjes y hacerle seguimiento a la entrega de los mismos.

- Informarle al asesor de negocio de alguna irregularidad o falla de producto en la farmacia.
- Informarle al médico las farmacias que tienen existencia de la marca.
- Apoyar al asesor de negocio en charlas informativas en las farmacias más productivas, ya que solo el asesor de negocios es el autorizado a organizarlas y a realizar las negociaciones de compra.

Para estas visitas a farmacias, los representantes médicos no tienen asignado ningún material promocional adicional a la ayuda visual de LidCad y la ayuda visual de Respiramos Juntos.

- *Promoción para pacientes fumadores y su entorno.*

En el caso de los pacientes y su entorno la promoción varía, ya que por ser LidCad un medicamento que debe ser adquirido por prescripción médica, no se puede publicitar libremente, por lo que se promocionará el programa ***Respiremos Juntos***, para crear conciencia de las consecuencias del consumo de cigarrillo y promover en el paciente el deseo por dejar de fumar y consultar al médico. Mientras que para las personas que se encuentran alrededor del paciente fumador, se busca impulsarlos a motivar y apoyar de manera acertada a los fumadores de cigarrillo de su entorno para que estos tomen la decisión de por lo menos intentar dejar de fumar.

De acuerdo a los resultados encontrados en las encuestas, el rango de edad principal de los fumadores oscila entre 18 a 35 años, corroborados por el estudio de la ONA en el año 2011⁵⁶, por lo que el programa **Respiremos Juntos** constará de:

- Plataforma web que consistirá en:
 - Una página web de libre acceso que le brindará al paciente información variada de las consecuencias del cigarrillo.
 - Cuentas en las Redes Sociales Twitter, Facebook e Instagram, para publicar diariamente mensajes e imágenes anti tabáquicas, además de invitaciones a ingresar a la página y solicitar apoyo médico.
- Call center para orientación y seguimiento del proceso de cesación tabáquica a los pacientes que están en terapia con LidCad, mediante:
 - Mensajes de texto semanales recordándoles las consecuencias del consumo de cigarrillo y los beneficios de dejar de fumar.
 - Llamadas quincenales desde que ingreso al programa para recordarles que debe continuar el tratamiento y las fechas donde debe iniciar el siguiente estuche del tratamiento
 - Mensajes cuando el paciente esté en la semana 10 del tratamiento para recordarle que puede hacer el canje 4x1 de LidCad y recibir el último estuche totalmente gratis para culminar la terapia.
 - Llamadas mensuales de seguimiento por 3 meses una vez que el paciente ha culminado la terapia con LidCad.

- Mensajes quincenales de apoyo y orientación una vez que el paciente termine el tratamiento con LidCad, durante los próximos 3 meses.
- Actividades para pacientes fumadores y su entorno más cercano:
- Eventos para los pacientes fumadores y un acompañante en las 6 regiones del país, en los meses de Mayo y Octubre del 2015.
 - La base principal de estos eventos será que los pacientes reciban orientación de expertos en el proceso de cesación tabáquica y que compartan experiencias con personas que están bajo sus mismas condiciones, que es el abandono del consumo cigarrillo.
 - El tema y la estructura del evento será organizado por el Dr. Rubén Regardiz, psiquiatra experto en el proceso de cesación tabáquica y será aplicado en todas las regiones.
 - Los eventos deben estar liderados por psiquiatras o psicólogos de cada región capacitados en el proceso de cesación tabáquica y con la orientación del Dr. Regardiz.
- Apoyo económico brindando al paciente:
- El beneficio de obsequiarle en el consultorio la terapia de inicio de LidCad junto con la tarjeta de acceso al programa Respiramos Juntos, para aumentar la probabilidad que inicie el proceso de cesación tabáquica e ingrese al programa de apoyo.

- Garantía de que culmine la terapia de LidCad, obsequiándole el último estuche de la terapia al entregar 4 estuches de continuación de LidCad.

En la tabla XXIII se detalla el contenido de la plataforma web del programa Respiramos Juntos, y el bosquejo de la página web se encuentra en el anexo 10.

Por otro lado, la publicidad del programa **Respiramos Juntos** y su plataforma web se hará a través de:

- Publicidad en cine:

- Las personas pertenecientes al rango de edad de fumadores (18 a 35años) visitan constantemente las salas de cine.
- Las salas de cine se han convertido en una de las principales diversiones para jóvenes y adultos.
- El costo de la publicidad en Cines Unidos y Cinex es mucho más económico que las campañas en radio y televisión.
- La base fundamental de la publicidad será:
 - Mostrar las consecuencias inmediatas y cotidianas del fumar cigarrillo, tanto a nivel social como de salud.
 - Mostrar las consecuencias que sufre toda la familia, haciendo énfasis en el núcleo más cercano, si al menos un integrante fuma.
 - Mostrar los beneficios de dejar de fumar cigarrillos.

Tabla XXIII. Contenido de la plataforma web del programa Respiramos Juntos

| Contenido de Plataforma Web de Respiramos Juntos | |
|---|--|
| Página Web | <ul style="list-style-type: none"> - Dirección de la página web: www.respiremosjuntos.com - Filtro de acceso a la página web: Al ingresar, el usuario se encuentra con un filtro sobre la edad, el sexo y si es fumador o no, esto con la finalidad de seleccionar la información adecuada para el visitante. - Segmentación de la información disponible en la página web de acuerdo a las características y posibles intereses de los usuarios que ingresan a la pagina - El contenido de la página web será variado y definido por los resultados encontrados en la investigación, los cuales se basan en mostrar la realidad verdadera y cotidiana del fumador y quienes son todos los afectados por el humo del cigarrillo de un fumador, la información se dará a través de: <ul style="list-style-type: none"> Información de las consecuencias inmediatas y a futuro sobre la salud del cigarrillo. Información de las consecuencias sociales del cigarrillo. Información de las consecuencias del humo ambiental del tabaco y como se afecta a los no fumadores (familia y amigos) Imágenes. Fotos comparativas reales de personas fumadoras y no fumadoras. Información de estudios públicos y experimentos realizados con el cigarrillo. Mensajes de orientación Slogan del programa Respiremos Juntos. Información sobre las actividades realizadas por el programa en apoyo a los pacientes LidCad. Invitación a visitar al médico si desea dejar de fumar. - Sección para calcular el gasto mensual en cigarrillos de acuerdo al consumo diario. - Sección de acceso a información de LidCad, para pacientes que están en tratamiento con LidCad y están inscritos en el programa Respira Mejor. - Columna derecha, donde se muestren las publicaciones hechas en las redes sociales. - Sección para estimar tu apariencia física después de 20 años, gracias al consumo del cigarrillo. El usuario puede cargar una foto actual y se le mostrará un estimado a 20 años si continúa consumiendo cigarrillos. |

| Contenido de Plataforma Web de <i>Respiremos Juntos</i> (Continuación) | |
|--|---|
| Facebook Twitter | <ul style="list-style-type: none"> - Las cuentas de Facebook y Twitter serán las siguientes: Respiremos Juntos y @RespiremosJuntos - Se harán publicaciones diarias de mensajes sobre: <ul style="list-style-type: none"> -Consecuencias sociales del cigarrillo, como por ejemplo <i>“sabias que el fumar te aísla de tus amigos”</i>, -Consecuencias en la apariencia física, como por ejemplo “el 90% de las personas consideran que el olor a cigarrillo es molesto”, “las mujeres fumadores se arrugan tempranamente, en comparación con una mujer no fumadora” -Consecuencias sobre tu familia, como por ejemplo, <i>“cuando tu fumas, tus hijos también lo hacen”</i> -Consecuencias inmediatas sobre la salud, como por ejemplo, <i>“mientras más fumas, menos capacidad tienes para ejercitarte”</i> - Se harán invitaciones continuas a ingresar a la página web y a consultar al médico. |
| Instagram | <ul style="list-style-type: none"> - La cuenta de Instagram será similar a la de twitter: RespiremosJuntos - Se harán publicaciones diarias de imágenes: <ul style="list-style-type: none"> -Comparativas entre fumadores y no fumadores. -Imágenes reales de órganos afectados por el cigarrillo. -Imágenes sociales sobre las consecuencias del cigarrillo. -Imágenes sobre deterioros de la salud y la apariencia física a consecuencia de fumar cigarrillos. - Se harán invitaciones en la descripción de cada imagen para ingresar a la página web del programa. |

Fuente: Autores, 2014.

- Cerrar con la invitación a ingresar a la página de ***Respiremos Juntos*** si desea mayor información y consultar al médico.
- Publicidad se presentará solo en los meses de Febrero, Abril, Agosto y Noviembre.
- Publicidad a través de redes sociales, como se detalló anteriormente
- Publicidad a través de folletos sobre el programa ***Respiremos Juntos*** disponibles en farmacias, salas de espera de consultorios y hospitales.

Finalmente, la imagen de los logotipos de las marcas LidCad y **Respiremos Juntos**, ver anexo 11 y 12, presentaran un diseño con:

- LidCad
 - Letra *Adorable*
 - Color **Verde** y **Azul Claro**: ya que la combinación de estos colores representan una mezcla de salud, tranquilidad y frescura por el color verde, con paz y limpieza por el color azul claro⁶⁷, que es lo que se desea el paciente alcance con la terapia de LidCad.

- **Respiremos Juntos:**
 - Letra *Brush Script MT*
 - Color **Azul** porque representa la confianza, seguridad y honestidad⁶⁷ que se desea brindar al paciente con el programa **Respira Mejor.**

Con todo lo antes expuesto, se cumplió con el objetivo de “Diseñar las estrategias a implementar en la campaña de concientización social para la cesación tabáquica”

5.9.4 Plaza o distribución

Por ser LidCad un medicamento de prescripción médica sólo puede estar disponible para el paciente en farmacias, tanto en las farmacias independientes como las de cadena, donde las más conocidas son:

- Locatel
- Farmatodo
- Fundafarmacia
- Farmacia SAAS
- FarmaPlus
- FarmaAhorro
- Farmacias Fasa
- Botiquería
- La Redoma, que es una cadena regional ubicada en Barquisimeto.

Todas estas farmacias, tanto de cadena como independientes, en su mayoría se abastecen a través de las droguerías, encargadas de recibir, clasificar y acondicionar los medicamentos provenientes de los Laboratorios Farmacéuticos y distribuirlos a las diversas farmacias. Sólo en el caso de Locatel el Laboratorio Farmacéutico le distribuye directamente a esta cadena farmacéutica. Las droguerías más destacadas en Venezuela son:

- Droguería Nena
- Droguería Cobeca
- Droguería Los Andes
- Droguería del Oeste, que distribuye sólo a la región capital.
- Droguería Farvenca, exclusiva para Farmahorro.

Para el caso de LidCad se evaluó solo el canal comercial, la distribución es mediana y la disponibilidad al paciente cumple los siguientes canales:

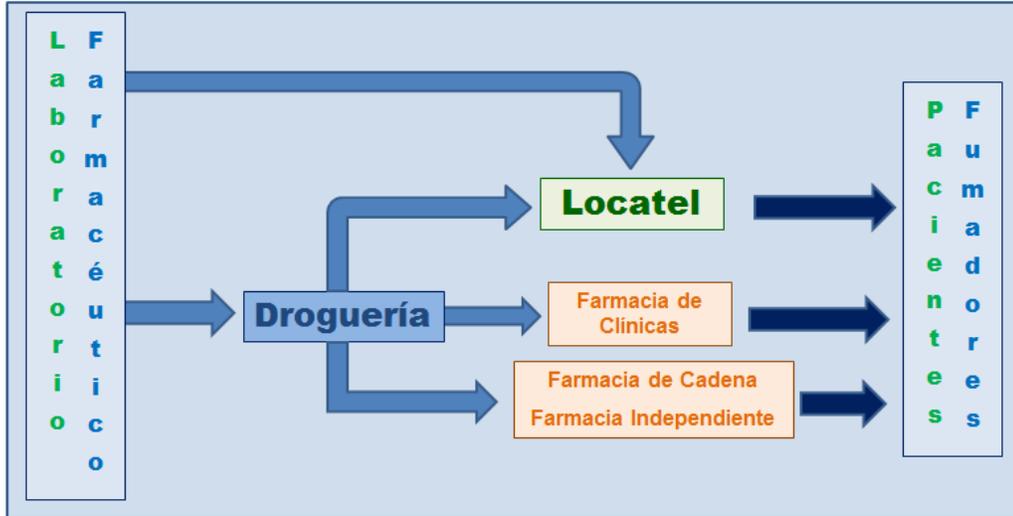


Figura 15. Diagrama de canales de distribución de LidCad. Fuente: Autores, 2014.

5.10 Plan de acción

En base a los factores claves de éxito (FCE) relacionados directamente con el diseño de la campaña, las ventajas diferenciales de LidCad, el precio, la distribución y disponibilidad al comprador y las herramientas de promoción, se establecieron las tácticas del plan de mercadeo para la campaña de concientización social para la cesación tabáquica, cumpliendo así con uno de los objetivos de este trabajo de investigación, específicamente:

“Definir las tácticas del plan de mercadeo para la campaña de concientización social para la cesación tabáquica.”

1. Factor clave de éxito:

Contar con los recursos adecuados para la ejecución de la campaña promocional de LidCad y el programa Respiramos Juntos para el año 2015.

| | |
|-----------------------|--|
| Tácticas para: | Presentar ante el CEO de la compañía el proyecto de la campaña comunicacional de LidCad para el año 2015. |
| | <ul style="list-style-type: none">• Realizar un estudio de mercado efectivo.• Distribuir el 10% del presupuesto asignado al producto LidCad en la cobertura de la campaña comunicacional.• Contar con una fuerza de venta exclusiva para LidCad y el programa Respiramos Juntos. Disponer de un equipo multidisciplinario que trabaje en el canal de comunicación web. |

2. Factor clave de éxito:

Disponer de una campaña promocional interesante, viral y efectiva de LidCad y el programa Respiramos Juntos

| | |
|-----------------------|--|
| Tácticas para: | Aumentar la promoción en consultorio del Medicamento LidCad apoyado en el programa de apoyo al paciente " Respiramos Juntos ". |
| | <ul style="list-style-type: none">• Con la fuerza de venta de LidCad, tener una promoción activa en el consultorio, teniendo LidCad en primera posición en la parrilla promocional, durante el lanzamiento |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>de la campaña, el programa y su plataforma web.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de educación médica continua dirigido a las especiales médicas prescriptoras de terapias para dejar de fumar |
| Actividades y Materiales | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción activa con la Ayuda Visual. • Gira nacional “Respira saludablemente con LidCad” • Seminarios de evidencia clínica de LidCad • Tríptico del programa “Respiremos Juntos” • Material POP |

| | |
|---------------------------------|---|
| Tácticas para: | <p>Promocionar el programa de apoyo “Respiremos Juntos” y su página web.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a través de redes sociales, el programa de apoyo “Respiremos Juntos” y la página web, que incluya información sobre los riesgos del cigarrillo. • Publicidad en cines de las consecuencias progresivas del cigarrillo para el fumador y su entorno y el programa Respiremos Juntos |
| Actividades y Materiales | <ul style="list-style-type: none"> • Crear cuentas asociadas al programa en las diferentes redes sociales • Publicar mensajes sobre cómo afecta el cigarrillo: <ul style="list-style-type: none"> -La vida diaria del fumador -La salud de su familia -La apariencia física, olor, dentadura, envejecimiento • Invitar a ingresar a la página web de Respiremos Juntos a |

| | |
|--|--|
| | <p>través de las redes sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promocionar en cine al cigarrillo como un factor de riesgo global para el paciente y su entorno. • Invitar a través de la publicidad del cine a visitar la página web del programa Respiramos Juntos y seguirlo en las redes sociales. |
|--|--|

| | |
|---------------------------------|--|
| Tácticas para: | <p>Diseñar campaña publicitaria de LidCad y el programa “Respiramos Juntos” para el punto de venta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción activa de representantes médicos y asesores de negocio de LidCad y su programa de apoyo, a regentes y auxiliares para ganar afinidad por la marca y programa. • Promoción de la plataforma web de Respiramos Juntos y demostración del acceso a la zona libre de la página. • Promover los beneficios del Canje 4x1 de LidCad para los pacientes y para las ventas de la farmacia. • Reunión con regentes y dueños de farmacias, para explicar los beneficios que traería a su negocio aceptar realizar los canjes de LidCad, porque garantiza la compra en su farmacia de la marca y otros productos por las compras por impulso, gracias al servicio prestado al paciente en la farmacia. |
| Actividades y Materiales | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción con ayuda visual de LidCad y el programa Respiramos Juntos a regentes y auxiliares de farmacias. • Manejo de Terapias de continuación de LidCad para los canjes 4x1 en farmacia. • Entrega de material POP alusivos a las marcas. • Entrega de folletos para pacientes del programa RJ. |

3. Factor clave de éxito:

LidCad es un medicamento avalado clínicamente, para apoyar a los pacientes en el proceso de cesación tabáquica.

| | |
|---------------------------------|---|
| Tácticas para: | <p>Posicionar el mensaje para los médicos de que LidCad es la terapia de elección para la cesación tabáquica por su evidencia clínica en eficacia.</p> <ul style="list-style-type: none">• Promoción de estudios clínicos de LidCad, que avalen eficacia y superioridad frente a otras terapias.• Promoción de estudios clínicos de LidCad que evidencian su eficacia en lograr la cesación tabáquica y evitar la recaída.• Promocionar el programa de apoyo para pacientes “Respiremos Juntos” y su página web, para que el doctor tenga conocimiento de que su paciente recibirá orientación y apoyo antes, durante y después del proceso de la cesación tabáquica. |
| Actividades y Materiales | <ul style="list-style-type: none">• Promoción activa con la Ayuda Visual.• Gira nacional “Respira saludablemente con LidCad”• Seminarios de evidencia clínica de LidCad• Tríptico del programa “Respiremos Juntos”• Material POP |

4. Factor clave de éxito:

La confianza de los médicos para prescribir LidCad y promover el programa de apoyo.

| | |
|---------------------------------|--|
| Tácticas para: | Promocionar a los médicos las consecuencias del consumo de cigarrillo. |
| | <ul style="list-style-type: none">• Promoción activa en consultorio de las consecuencias del cigarrillo en los seres humanos, avalados por la FDA, EMA y ACC/AHA, que son las principales Asociaciones para la Salud, que en sus guías de tratamientos terapéuticos, consideran el cigarrillo como uno de los principales factores de riesgo para los individuos.• Influenciar al médico para que le comunique a sus pacientes las consecuencias del cigarrillo y por qué es considerado un factor de riesgo. |
| Actividades y Materiales | <ul style="list-style-type: none">• Promoción activa con la Ayuda Visual.• Presentación de los informes y guías que definan al cigarrillo como un factor de riesgo a todos los niveles. |

| | |
|-----------------------|---|
| Tácticas para: | Reforzar en los médicos que la adicción al cigarrillo es una enfermedad, que en muchos casos requiere tratamiento para lograr el cese del consumo del mismo, y LidCad es la alternativa ideal para estos pacientes. |
| | <ul style="list-style-type: none">• Promoción activa en el consultorio médico de los estudios clínicos más resaltantes de seguridad y eficacia.• Realizar una gira de educación médica continua, con los principales voceros de las 4 especialidades médicas a |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>tocar (Neumólogos, Cardiólogos, Endocrinos y Psiquiatras).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción del Perfil de Seguridad de LidCad, avalado por la FDA y EMA. • Entrega en consultorio de material POP sobre estudios de eficacia y seguridad. |
| Actividades y Materiales | <ul style="list-style-type: none"> • Promoción activa con la Ayuda Visual. • Gira nacional “Respira saludablemente con LidCad” • Seminarios de evidencia clínica de LidCad • Material POP |

5. Factor clave de éxito:

Contar con un equipo multidisciplinario entre psicólogos, médicos, terapeutas pulmonares, y personas de diferentes roles e influencia en el proceso de cesación tabáquica, dispuestos a contestar las dudas de los pacientes y su entorno.

| | |
|-----------------------|---|
| Tácticas para: | <p>Crear alianzas con instituciones asociadas a campañas anti tabáquicas, para incluir la promoción del programa de apoyo “Respiremos Juntos” y su plataforma web.</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones con Organizaciones Anticancerosas y Centros Hospitalarios, para mostrar disposición en participar en las campañas para la cesación tabáquica. • Reunión con los encargados de las campañas anti tabáquicas del MPPPS, para crear alianzas y participar en las actividades de cesación tabáquica. |

| | |
|---------------------------------|---|
| Actividades y Materiales | <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de folletos para pacientes en estas instituciones. • Entrega de trípticos con información sobre el programa Respiramos Juntos. |
|---------------------------------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| Tácticas para: | <p>Crear un equipo multidisciplinario especializado para orientar y apoyar a los pacientes afiliados en el programa “Respiremos Juntos”, en todo el proceso de cesación tabáquica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buscar especialistas en el proceso de cesación tabáquica que sean aliados a la marca y al programa, y estén dispuestos a participar en el mismo y apoyar a los pacientes en el proceso de cesación tabáquica. • Reunión con psicólogos, médicos, terapeutas pulmonares e integrantes de asociaciones anti tabáquicas, para identificar los mejores aliados de LidCad y el programa, y establecer el equipo multidisciplinario de apoyo a pacientes. • Entablar alianzas con dos centros de salud especializados en consulta de cesación tabáquica como lo son el Centro de Salud Santa Inés y la fundación HUMANA ambos ubicados en la ciudad de Caracas, para incluir a LidCad y su programa de apoyo integral “Respiremos Juntos” como terapia de elección en los procesos de abandono del tabaco, donde el doctor Rubén Regardiz asiste a los pacientes con un equipo multidisciplinario capacitado para abordar y facilitar el proceso de cesación tabáquica |
| Actividades y Materiales | <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de folletos para pacientes en estas instituciones. • Entrega de trípticos con información sobre el programa Respiramos Juntos. |

6. Factor clave de éxito:

El paciente fumador perciba que el programa Respiramos Juntos le brinda beneficios importantes en el proceso de cesación tabáquica.

| | |
|---------------------------------|---|
| Tácticas para: | Definir beneficios tangibles para el paciente fumador registrado en el programa Respiramos Juntos <ul style="list-style-type: none">• Diseñar actividades de seguimiento y orientación durante el proceso de cesación tabáquica.• Disponer de medios de comunicación para aclarar dudas sobre el programa de apoyo Respiramos Juntos y LidCad.• Brindar beneficio económico al paciente para el cumplimiento del tratamiento. |
| Actividades y Materiales | <ul style="list-style-type: none">• Actividades grupales para el paciente y sus familiares, donde compartan información y experiencias sobre el proceso de cesación tabáquica.• Call Center con personal capacitado para orientar y guiar a través de diferentes vías a los pacientes en el proceso de abandono de cigarrillo.• Iniciar al paciente con LidCad y el programa Respiramos Juntos desde el consultorio médico, a través de la entrega de la terapia de inicio junto con la tarjeta de acceso.• Garantizar el cumplimiento del tratamiento con LidCad, al obsequiar el quinto estuche de LidCad en la farmacia si el paciente entrega los 4 estuches de continuación iniciales, es decir, un canje de 4x1. |

5.11 Pronósticos de ventas

A pesar que el mercado de los fármacos para la cesación tabáquica, no es el más productivo al compararlos con otros mercados como el de musculoesqueletico, estatinas o antihipertensivos, el comportamiento por región, es similar a otros mercados, siendo la región capital, la que mayor participación en ventas representa.

Mercado LidCad - Participación por Región

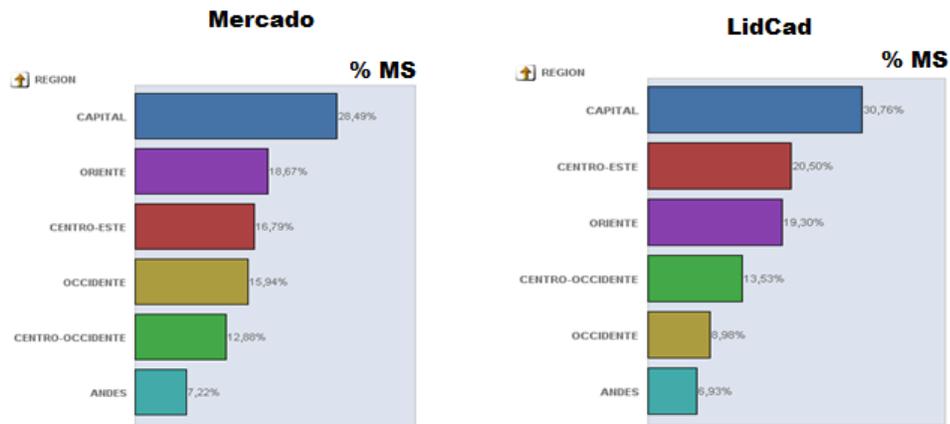


Figura 16. Participación por región del Mercado y LidCad en el 2013. Fuente IMS (12/2013)

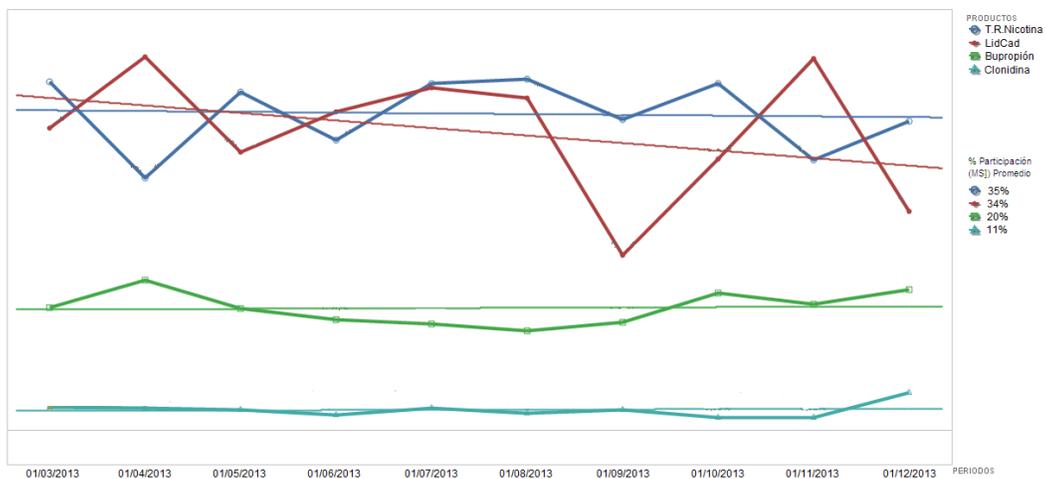


Figura 17. Participación de LidCad y sus competidores para el año 2013. Fuente IMS 12/2013

En la figura 17 se muestra el comportamiento en participación de mercado de LidCad y sus principales competidores para el 2013. Se observa una participación promedio de LidCad del 34%, mientras que todos los fármacos de reemplazo de nicotina suman una participación del 35%, siendo estos los principales competidores de LidCad para este año, ya que el porcentaje de participación de Bupropión y Clonidina, incluye las indicaciones como antidepresivo y antihipertensivo respectivamente.

Las unidades vendidas de las principales terapias para el 2013 en el mercado anti-tabáquico son:

Tabla XXIV. Unidades vendidas de terapias anti tabáquicas en el año 2013

| Fármacos | % MS | Unidades |
|-----------------------|-------------|------------------|
| T. Reemplazo Nicotina | 35 | 525.000 |
| LidCad | 34 | 510.000 |
| Bupropión | 20 | 300.000 |
| Clonidina | 11 | 165.000 |
| Total | 100 | 1.500.000 |

Fuente IMS 12/2013

Para el año 2015 se estima vender 1.180.000 unidades de LidCad, detallando el pronóstico de venta mensual en la tabla XXV. Este número de unidades se estableció debido a los siguientes factores positivos para la marca:

- Las terapias de reemplazo de nicotina no estarán disponibles para el año 2015, quedando en el mercado anti tabáquico disponibles solo LidCad, Wellbutrin® y Catapresan®.

- LidCad es la única terapia con indicación exclusiva como coadyuvante para dejar de fumar, ya que Wellbutrin® y Catapresan® están indicados principalmente como antidepresivo y antihipertensivo respectivamente.
- LidCad es la única terapia que cuenta con el programa de apoyo integral al paciente **Respiremos Juntos**, para lograr el cumplimiento de la terapia y la recomendación de pacientes exfumadores a través de la promoción boca-boca.

Tabla XXV. Pronostico de venta mensual de LidCad para el año 2015

| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio |
|-------|---------|------------|---------|-----------|-----------|
| 47200 | 118000 | 59000 | 177000 | 59000 | 59000 |
| | | | | | |
| Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| 94400 | 59000 | 94400 | 177000 | 118000 | 118000 |

Fuente: Autores, 2014.

El estimado mensual de ventas fue calculado en base a la estacionalidad observada en el año 2013 en las ventas de LidCad y el comportamiento del mercado anti tabáquico, información obtenida en el reporte IMS del 12/2013.

5.12 Pronósticos de gastos

En este apartado se presentan a continuación una serie de tablas donde se describen a detalle los gastos estimados en las actividades promocionales de LidCad y el programa **Respiremos Juntos**, tanto a nivel de médicos y farmacias, como para pacientes y público en general.

LidCad y el programa ***Respiremos Juntos*** cuentan con un presupuesto de BsF. 55.318.400, que representa el 10% del estimado total de ventas de LidCad para el año 2015 que son 1.180.000 unidades de LidCad, tomando como precio por unidad de LidCad BsF. 468,80, que es el precio neto de venta a la droguería.

Al finalizar este apartado, se habrá cumplido con uno de los objetivos del trabajo de investigación, que consiste en “Establecer los recursos necesarios para la campaña propuesta”.

- Presupuesto para promoción de LidCad y programa *Respiremos Juntos* a profesionales de la salud mediante la fuerza de venta:

La mayor inversión se realizará en el primer semestre, ya que el resultado de esta inversión se observará principalmente en el segundo semestre. En la Tabla XXVI se muestra el pronóstico de gasto de promoción para médicos del primer semestre del año 2015 a través de los representantes médicos, en la misma se detalla la cantidad de material promocional a utilizar bimensualmente por representante, el costo por unidad y el costo total.

Se considera pertinente acotar que los costos reflejados en los diferentes materiales POP o gimmick descritos en las tablas de presupuestos, son los precios estimados para el año 2015 suministrados por la agencia promocional DeepBluePop. Así mismo se debe notificar que el precio de la Terapia de Inicio de LidCad a entregar al médico es de BsF. 328,16, que es el valor al costo de cada unidad para la casa comercial.

Tabla XXVI. Presupuesto promocional del primer semestre del año 2015 para profesionales de la salud mediante la fuerza de venta.

Gastos de promoción por Representantes Médicos para primer semestre 2015

| Meses | Material POP | Cantidad por Representante | Número de Representantes | Total Fuerza Ventas | Precio Unitario (BsF.) | Precio Total (BsF.) |
|---------------------------|---|----------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| Enero/ Febrero | Bolígrafos LidCad | 100 | 20 | 2000 | 21 | 42000 |
| | Bolígrafos Respiramos Juntos | 100 | 20 | 2000 | 22 | 44000 |
| | Seminario 1 | 200 | 20 | 4000 | 30 | 120000 |
| | Terapias de Inicio LidCad | 1500 | 20 | 30000 | 328,16 | 9844800 |
| | Tarjetas de Acceso al programa RJ | 1500 | 20 | 30000 | 20 | 600000 |
| Marzo/ Abril | Libretas LidCad / Respiramos Juntos | 60 | 20 | 1200 | 110 | 132000 |
| | Taza Térmica LidCad / Respiramos Juntos | 54 | 20 | 1080 | 215 | 232200 |
| | Seminario 2 | 200 | 20 | 4000 | 30 | 120000 |
| | Tríptico 1 programa Respiramos Juntos | 200 | 20 | 4000 | 18 | 72000 |
| | Folleto 1 para pacientes | 1000 | 20 | 20000 | 15 | 300000 |
| Mayo/ Junio | Bolígrafos LidCad | 100 | 20 | 2000 | 21 | 42000 |
| | Bolígrafos Respiramos Juntos | 90 | 20 | 1800 | 22 | 39600 |
| | Terapias de Inicio LidCad | 500 | 20 | 10000 | 328,16 | 3281600 |
| | Tarjetas de Acceso al programa RJ | 500 | 20 | 10000 | 20 | 200000 |
| | | | | | Total = | 15070200 |

Fuente: Autores, 2014

Así mismo, se detallan los gastos del presupuesto para el segundo semestre del 2015 en la Tabla XXVII:

Tabla XXVII. Presupuesto promocional del segundo semestre del año 2015 para profesionales de la salud mediante la fuerza de venta.

Gastos de promoción por Representantes Médicos para segundo semestre 2015

| Meses | Material POP | Cantidad por Representante | Número de Representantes | Total Fuerza de Ventas | Precio Unitario (BsF.) | Precio Total (BsF.) |
|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| Julio/ Agosto | Tarjetero Ejecutivo | 100 | 20 | 2000 | 130 | 260000 |
| | Folleto 2 para pacientes | 1000 | 20 | 20000 | 15 | 300000 |
| | Seminario 3 | 200 | 20 | 4000 | 30 | 120000 |
| Septiembre/ Octubre | Bolígrafos LidCad | 100 | 20 | 2000 | 21 | 42000 |
| | Bolígrafos Respiramos Juntos | 80 | 20 | 1600 | 22 | 35200 |
| | Tríptico 2 programa Respiramos Juntos | 200 | 20 | 4000 | 18 | 72000 |
| | Terapias de Inicio LidCad | 500 | 20 | 10000 | 328,16 | 3281600 |
| | Tarjetas de Acceso al programa RJ | 500 | 20 | 10000 | 20 | 200000 |
| Noviembre/ Diciembre | Folleto 3 para pacientes | 1000 | 20 | 20000 | 15 | 300000 |
| | | | | | Total = | 4610800 |

Fuente: Autores, 2014

Estos presupuestos semestrales dan un total de BsF. 19.681.000,00 para gastos de promoción a médicos a través de la fuerza de ventas.

- Presupuesto para promoción médica de LidCad y el programa *Respiremos Juntos* a través de educación médica continua:

Como se mencionó anteriormente, la actividad de educación médica continua que se realizará es la gira nacional “Respira saludablemente con LidCad”, que consiste en 1 cena conferencia en cada región del país, para un total de 6 conferencias. En la tabla XXVIII se detallan los gastos de esta gira por región, donde la inversión por médico incluye comida y bebida, mientras que en el caso de los expositores incluye costo por la conferencia, y donde aplique traslado y hospedaje.

Tabla XXVIII. Presupuesto para promoción médica a través de educación médica continua en el año 2015.

Gastos de promoción a través de Educación Médica Continua para el año 2015

| Conferencia /Región | Nro. de Médicos | Inversión por Médico | Total por Médicos (BsF.) | Número de Expositores | Inversión por Expositor | Total por Expositores (BsF.) | Precio total Conferencia (BsF.) |
|-------------------------|-----------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Región Capital | 60 | 1000 | 60000 | 4 | 4000 | 16000 | 76000 |
| Región Oriente | 40 | 1000 | 40000 | 4 | 8000 | 32000 | 72000 |
| Región Occidente | 40 | 1000 | 40000 | 4 | 8000 | 32000 | 72000 |
| Región Centro Occidente | 40 | 1000 | 40000 | 4 | 8000 | 32000 | 72000 |
| Región Centro Este | 40 | 1000 | 40000 | 4 | 8000 | 32000 | 72000 |
| Región Andes | 40 | 1000 | 40000 | 4 | 8000 | 32000 | 72000 |
| | | | | | | Total = | 436000 |

Fuente: Autores, 2014.

Con estas actividades de educación el pronóstico de gasto para el año 2015 es de BsF. 436.000,00 y las actividades están planificadas para realizar en el primer semestre del mencionado año.

- Presupuesto para promoción al personal de farmacia de LidCad y el programa *Respiremos Juntos* a través de asesores de negocio.

Continuando con las actividades promocionales a realizar, también se tiene un presupuesto determinado para realizar actividades promocionales en farmacias a través de los asesores de negocio. En la tabla XXIV se detallan los costos del material promocional a utilizar, así como los gastos estimados en charlas coffee para brindar información a los regentes, encargados de compra y auxiliares de farmacias. Los precios de los gimmicks a entregar en farmacia estimados para el 2015 fueron suministrados igualmente por la agencia promocional DeepBluePop.

Tabla XXIX. Presupuesto promocional para personal de farmacias para el año 2015.

| Gastos de promoción por Asesores de Negocio el año 2015 | | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Meses | Material POP | Cantidad por Asesor | Número de Asesores | Total Fuerza de Ventas | Precio Unitario (BsF.) | Precio Total (BsF.) |
| Enero/ Febrero | Bolígrafos Respiremos Juntos | 100 | 24 | 2400 | 22 | 52800 |
| | Tarjetas de Acceso al programa RJ | 400 | 24 | 9600 | 20 | 192000 |
| Marzo/ Abril | Folleto 1 para pacientes | 1000 | 24 | 24000 | 15 | 360000 |
| Mayo/ Junio | Bolígrafos Respiremos Juntos | 100 | 24 | 2400 | 22 | 52800 |

| Gastos de promoción por Asesores de Negocio el año 2015 (Continuación) | | | | | | |
|---|--|----------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Meses | Material POP | Cantidad por Asesor | Número de Asesores | Total Fuerza de Ventas | Precio Unitario (BsF.) | Precio Total (BsF.) |
| Julio/ Agosto | Folleto 2 para pacientes | 1000 | 24 | 24000 | 15 | 360000 |
| Septiembre/ Octubre | Bolígrafos Respiramos Juntos | 100 | 24 | 2400 | 22 | 52800 |
| | Tarjetas de Acceso al programa RJ | 400 | 24 | 9600 | 20 | 192000 |
| Noviembre /Diciembre | Folleto 3 para pacientes | 1000 | 24 | 24000 | 15 | 360000 |
| Enero/ Diciembre | Charlas Coffe en Farmacias productivas | 20 | 24 | 480 | 2000 | 960000 |
| | | | | | Total = | 1924800 |

Fuente: Autores, 2014.

El pronóstico de gasto total para actividades promocionales en farmacias para el año 2015 es de BsF. 1.924.800,00.

- Presupuesto promocional para pacientes, su entorno y público en general del programa *Respiremos Juntos*

En este caso solo se promocionará el programa Respiramos Juntos ya que como se ha explicado anteriormente LidCad es un medicamento que puede ser adquirido por prescripción médica y no puede ser promocionado libremente, las actividades a realizar se explicaron en los apartados anteriores y el presupuesto se detalla en la tabla XXX, donde es importante destacar que el presupuesto para el diseño y actualización de la Plataforma Web fue suministrado por la agencia de publicidad Soluciones Bit.

Tabla XXX. Presupuesto promocional para pacientes y público en general para el año 2015.

Gastos de promoción para pacientes para el año 2015

| Actividad Promocional | Descripción | Monto BsF. |
|---|---|-------------------|
| Diseño y actualización de Plataforma Web | Página Web : Diseño y actualización bimensual | 48800 |
| | Redes sociales | |
| Seguimiento del Contac Center | Mensajes de Texto | 120000 |
| | Llamadas Telefónicas | |
| Actividad para Pacientes Mayo y Octubre | Región Capital | 68000 |
| | Región Oriente | 56000 |
| | Región Occidente | 56000 |
| | Región Centro Este | 56000 |
| | Región Centro Occidente | 56000 |
| | Región Andes | 56000 |
| Beneficio Económico | Promoción en farmacia de canje 4x1 | 32159680 |
| Publicidad en Cines | Cines Unidos promoción de 30 segundos | 600000 |
| Total = | | 33276480 |

Fuente: Autores, 2014

El presupuesto para gasto total en promoción y publicidad del programa *Respiremos Juntos* para pacientes y público en general para el año 2015 es de BsF. 33.276.480,00. En las próximas dos tablas se detalla el pronóstico de gasto para las actividades para pacientes de mayo y octubre, así como la inversión en el canje 4x1 para beneficiar económicamente al paciente.

Tabla XXXI. Detalle de gastos para las actividades para pacientes y acompañantes en los meses de mayo y octubre del año 2015.

Gasto de actividades para pacientes a nivel regional en el año 2015

| Región | Nro. Pacientes y Acompañantes | Inversión persona (BsF.) | Costo de Expositor (BsF.) | Numero de Actividades | Total Costo (BsF.) |
|------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|
| Capital | 100 | 300 | 4000 | 2 | 68000 |
| Oriente | 80 | 300 | 4000 | 2 | 56000 |
| Occidente | 80 | 300 | 4000 | 2 | 56000 |
| Centro Este | 80 | 300 | 4000 | 2 | 56000 |
| Centro Occidente | 80 | 300 | 4000 | 2 | 56000 |
| Andes | 80 | 300 | 4000 | 2 | 56000 |
| Total = | | | | | 348000 |

Fuente: Autores, 2014.

Tabla XXXII. Presupuesto estimado para beneficio económico para el paciente por el canje 4x1 de LidCad.

Gasto de beneficio económico por canje de LidCad 4x1 a nivel nacional

| Meses | Canjes Estimados a Realizar de LidCad | Precio por Unidad | Precio Total del Canje |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------|------------------------|
| Enero / Febrero | 6000 | 328,16 | 1968960 |
| Marzo / Abril | 20000 | 328,16 | 6563200 |
| Mayo / Junio | 30000 | 328,16 | 9844800 |
| Julio / Agosto | 10000 | 328,16 | 3281600 |
| Septiembre / Octubre | 24000 | 328,16 | 7875840 |
| Noviembre/Diciembre | 8000 | 328,16 | 2625280 |
| Total = | | | 32159680 |

Fuente: Autores, 2014.

Con todas las actividades promocionales estimadas a realizar en el año 2015 de LidCad y el programa *Respiremos Juntos*, se cuenta con un pronóstico de gasto anual de BsF. 55.318.280,00, cumpliendo así con el consumo del presupuesto asignado para la marca y el programa de apoyo integral al paciente.

5.13 Control de resultados

Con esta campaña de concientización social, la casa comercial de LidCad y su programa *Respiremos Juntos* tiene como objetivo principal colaborar con la disminución del consumo de cigarrillos en Venezuela mediante la culminación satisfactoria de los procesos de cesación tabáquica iniciados y la orientación continua para reducir el riesgo de las recaídas en el hábito del cigarrillo. Para hacerle seguimiento a la campaña y evaluar continuamente los resultados de la misma, se utilizaran las siguientes herramientas para controlar dichos resultados:

- Reportes de ventas mensuales de IMS Health para el año 2015, que incluya a nivel nacional:
 - Datos de distribución de drogas, DDD de acuerdo a sus siglas en español, tanto en valores como en unidades.
 - Índice de evolución de LidCad y competidores.
 - Índice de crecimiento de LidCad y competidores.
 - Participación de LidCad y sus competidores en el mercado.

- Seguimiento a través del Contac Center y la página de acceso a información de LidCad para obtener información sobre:
 - Número de pacientes afiliados al programa *Respiremos Juntos* a través de la página de acceso.
 - Frecuencia de comunicación a través del Contac Center.
 - Cantidad de pacientes que continúan con la terapia de LidCad, de acuerdo a la información suministrada al Contac Center.
 - Número de pacientes que asisten a las actividades del programa *Respiremos Juntos*.

- Seguimiento en farmacias a través de la Fuerza de Ventas para:
 - Disponibilidad de LidCad y canjes en farmacia.
 - Determinar el número y la frecuencia de los canjes de LidCad realizados.
 - Disponibilidad de tarjetas de acceso al programa *Respiremos Juntos* en Farmacias
 - Determinar el número de tarjetas de acceso al programa entregadas en farmacias.

- Seguimiento de coberturas médicas y de farmacia, tanto de los representantes médicos como de los asesores de negocio, para evaluar:
 - Frecuencia de contactos a médicos y farmacias.
 - Entrega de las terapias de inicio y tarjeta de acceso por parte de los médicos a pacientes fumadores.
 - Prescripción de LidCad por parte del médico.

- Seguimiento a la plataforma web del programa *Respiremos Juntos* para determinar:
 - Número de visitas a la página web de acceso a todo público.
 - Número de aprobaciones en redes sociales como Facebook, Instagram y Twitter.

5.14 Plan de contingencia

No se debe descartar que en un país tan cambiante a nivel económico y social como lo es Venezuela, existan riesgos y dificultades que impidan o disminuyan la probabilidad de alcanzar los objetivos en ventas de LidCad establecidos por la casa comercial. Estos riesgos y dificultades pueden ser:

- Cambio de línea política en Venezuela.
- Retraso en la entrega de divisas a la casa comercial para cumplir con los inventarios estimados de LidCad.
- Aumento de los costos de material promocional debido a la alta inflación.
- Indisposición de líderes de opinión a realizar Gira Nacional por temas de inseguridad.
- Falta de identificación e interés de los pacientes por el programa *Respiremos Juntos*.
- No alcanzar el estimado en ventas de LidCad para el primer trimestre.

En caso de presentarse alguna o varias de estas dificultades se cuenta con un plan de contingencia que contempla:

- Como empresa farmacéutica mantener una posición neutral frente a todos los cambios políticos que puedan presentarse en el país.
- Como actualmente se tiene garantizado el primer semestre de inventario de LidCad para el año 2015, se debe trabajar desde el segundo trimestre con los departamentos e instituciones correspondientes para contar con la disponibilidad de las unidades LidCad estimadas para el segundo semestre 2015.
- Reprogramar las cantidades y frecuencia de entrega del material promocional, en caso de que aumenten los costos de los mismos.
- Establecer líderes de opinión que sean conferencistas nacionales para la Gira Nacional “Respira Saludablemente con LidCad” y hacerles la propuesta desde el primer trimestre 2015, de igual forma, identificar líderes de opinión en cada región en caso de que no se pueda contar con la asistencia de algún conferencista nacional.
- Hacer un seguimiento constante desde el primer trimestre a los afiliados al programa *Respiremos Juntos* para evaluar el incremento mes a mes de los afiliados y las visitas y aceptación de la plataforma web. De no alcanzarse las cifras esperadas en el primer trimestre del 2015 se procederá a:
 - Realizar una evaluación de las promociones para pacientes hechas a la fecha.
 - Comparar la cantidad de tarjetas activadas con el número de tarjetas entregadas a pacientes.

- Redefinir, de ser necesario, las estrategias de promoción a pacientes del programa *Respiremos Juntos*.
- Si con las herramientas de control disponibles, se observa que en el primer trimestre 2015 no se han alcanzado los objetivos de ventas de LidCad estimados, se hará:
- Una revisión exhaustiva de las estrategias aplicadas hasta los momentos para identificar cuales están arrojando resultados positivos y cuales no están dando los resultados esperados.
 - Consultar con la fuerza de venta sobre la reacción de los doctores y personal de farmacia ante LidCad y su programa de apoyo *Respiremos Juntos*.
 - Planear salidas al campo con los representantes médicos y asesores de negocio de los territorios menos productivos para LidCad, en busca de información clave que permita identificar las posibles razones por las cuales la rotación de LidCad no es la esperada.
 - Con toda la información recabada, redefinir las estrategias necesarias para alcanzar los objetivos y brindar mayor apoyo a las estrategias que estén dando resultados mayores a los esperados, extrapolándolos a los territorios que aplique.
 - Evaluar el presupuesto para

- Determinar un reajuste si es necesario, estableciendo si se deben direccionar los recursos a las estrategias más efectivas.
- Optimizar los recursos.

CONCLUSIONES

El diseño de una campaña de concientización social para la disminución del consumo de cigarrillos en Venezuela con el medicamento LidCad, fue el tema principal sobre el cual giró la base de esta investigación. Dicha campaña se realizó tomando como base previa los intentos que han sido utilizados por otras campañas anti tabáquicas, así como también la opinión de los fumadores y el personal médico especialista que aborda esta adicción.

Con el trabajo de investigación se logró verificar que actualmente en Venezuela el porcentaje de fumadores es de 17% aproximadamente, constituyéndose este hábito tabáquico mayoritariamente en personas jóvenes, específicamente entre 18 a 35 años de edad, iniciándose en este hábito antes de los 20 años, sin depender del estrato social en el que se encuentre la población.

Así mismo, gracias a la información suministrada por el paciente fumador y los especialistas en la materia durante la investigación se determinó que:

- La población fumadora está dividida en pacientes que nunca han intentado dejar de fumar, que es el grupo mayoritario, pacientes que han intentado dejar de fumar y no lo han logrado y pacientes que lograron dejar de fumar y al tiempo recayeron en el hábito tabáquico.
- La principal causa por la cual el paciente comienza a consumir cigarrillos es la curiosidad y la influencia del entorno social.

- Más del 50% de los pacientes fumadores han intentado dejar el hábito tabáquico principalmente por causas de salud o motivación propia. De este grupo de fumadores el 61 % logró dejar de fumar, sin embargo sólo el 27% del grupo de exfumadores no ha recaído en el hábito de consumo de cigarrillos.
- Las principales razones por las que los pacientes recaen en el hábito tabáquico son la ansiedad y la falta de motivación y apoyo familiar o social.
- Sólo el 18% de la población fumadora conocen y han utilizado terapias para dejar de fumar, de igual manera no conocen campañas para la disminución del consumo de cigarrillos.
- El fumador no tiene noción real de cuál es su gasto mensual aproximado en cajetillas de cigarrillos.
- El paciente fumador generalmente está rodeado de una familia fumadora, como padres, hermanos, tíos, los cuales juegan un papel determinante en la influencia del mismo.
- El fumador solo abandona el consumo de cigarrillos si quiere y si se le hace un seguimiento o cuenta con el apoyo de personas en su entorno familiar y social.
- Es necesario generar una conexión emocional en el mensaje de la campaña promocional, brindar psico-educación y concientizar más que alertar, para tener una mayor probabilidad de éxito en el proceso de cesación tabáquica.

Con base a estas premisas se pudieron obtener las diferentes aristas que componen esta campaña de concientización social, estableciendo que:

- El entorno social es un punto de inflexión al momento de querer abandonar el hábito tabáquico debido a que el mismo puede ejercer presión de manera significativa para continuar fumando o abandonar el hábito tabáquico, es por ello que abordar este elemento será diferenciador en el éxito del tratamiento del paciente.
- El hecho de que el fumador no tenga una noción real de cuál es el gasto mensual aproximado en tabaco, es un punto de conexión y sensibilización a nivel personal que será explotado comparando el ahorro que se podría tener o lo que podría estar disfrutando en otras áreas de su vida además de estar más saludable, si invierte ese dinero en una situación diferente al hábito tabáquico.
- Existen diferentes mercados metas, el primario es el paciente fumador de cigarrillos y el mercado meta secundario son los doctores prescriptores de terapias anti tabáquicas y el entorno social y familiar del paciente fumador. Ambos mercados tienen el mismo nivel de importancia, tomando en cuenta que la campaña estará dirigida tanto a fumadores como a su entorno.
- Por ser LidCad un medicamento que puede ser adquirido bajo prescripción médica, la campaña promocional debe cumplir con los lineamientos legales requeridos, mientras que el programa Respiramos Juntos, tiene mayor libertad de promoción por no estar asociado a la

promoción del medicamento, por lo que se pretende abordar de manera integral la publicidad del mismo tanto en medios virtuales como tradicionales.

Tomando en cuenta todo lo antes expuesto se establecieron estrategias de promoción y publicidad, con la finalidad de disminuir el consumo de cigarrillo en Venezuela a través del uso del medicamento LidCad, aumentar el éxito del proceso de cesación tabáquica y disminuir la probabilidad de que el paciente recaiga en el hábito tabáquico mediante la creación del programa de apoyo integral al paciente ***Respiremos Juntos***. Estas estrategias se basaran en:

- Promoción médica a nivel nacional para médicos prescriptores de terapias anti tabáquicas mediante 20 representantes médicos, para hacerles saber la necesidad de tratar el consumo de cigarrillos como una enfermedad, mostrar las ventajas diferenciales de LidCad y presentar el programa de apoyo integral exclusivo para pacientes fumadores ***Respiresmos Juntos***.
- Realizar educación médica continua mediante la gira nacional “Respira Saludablemente con LidCad” como parte del reforzamiento del mensaje de la marca.
- Promoción a nivel nacional en farmacias tanto de cadenas como independientes mediante 24 asesores de negocio que se encargarán hacer transferencias, montar exhibiciones, hacer actividades y charlas para regentes y auxiliares, entre otros.

- Para los fumadores y su entorno social se definieron distintas vías de abordaje comunicacional basado principalmente en el programa **Respiremos Juntos**, la primera de ella será la plataforma web, compuesta por una página web y las plataformas de redes sociales como elemento informativo y de orientación; la segunda vía será un call center para brindar seguimiento y apoyo al paciente; la tercera serán actividades que incluyan al entorno familiar; la cuarta vía la entrega de la terapia de inicio junto a la tarjeta de acceso al programa, una vez el paciente acude al médico prescriptor y la entrega de la quinta terapia de continuación al llevar a la farmacia los primero 4 estuches de continuación de LidCad; y finalmente promoción en cines nacionales del programa Respiremos Juntos.

Para finalizar, queda la satisfacción de haber realizado una investigación de manera estructurada para dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos planteados, desarrollando un programa de apoyo al paciente fumador, Respiremos Juntos, con base en el estudio realizado, el cual presenta todas las características necesarias para que sea un programa integral exitoso dentro del mercado venezolano. Adicionalmente, al existir una necesidad de reducir el consumo de cigarrillos en el país y un deseo colectivo de buscar vías para lograrlo, este proyecto representa un incentivo importante para todas aquellas personas que desean dejar de fumar y a su vez colaboran con el posicionamiento de la casa comercial como empresa líder en el desarrollo de productos y programas anti-tabáquicos.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos, los investigadores de este trabajo especial de grado plantean las siguientes recomendaciones:

- Luego de establecer el programa de manera integral, generar una integración de la red de servicios de salud tanto públicos como privados, de manera tal que se pueda facilitar el redireccionamiento del paciente a un determinado centro de salud para el cumplimiento del proceso de cesación tabáquica de manera exitosa.
- Realizar mediciones a los 6 meses y un año para observar el nivel de adherencia al nuevo estilo de vida que desarrolla el paciente exfumador.
- Conformar un grupo de paciente de experiencias positivas con el uso de LidCad para poder apoyar en la ampliación y mejora del programa Respiramos Juntos.
- Realizar un análisis de factibilidad y evaluación del impacto de publicitar el programa Respiramos Juntos en medios masivos como televisión para el año 2016.
- Realizar una encuesta a fumadores en el segundo semestre del año 2016, para evaluar el conocimiento que presentan sobre LidCad y el programa Respiramos Juntos.

Adicionalmente, dentro de un proyecto con resultados tan ambiciosos como este, siempre existe el deseo de que futuros investigadores puedan

desarrollar partes complementarias del mismo. Por lo tanto, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Ampliar la investigación, aplicando instrumentos en otra de las zonas representativas de la población venezolana, incluyendo una evaluación socio cultural.
- Desarrollar investigaciones que permitan hilar los resultados obtenidos en este proyecto, con el diseño de programas similares para el tratamiento de adicciones de otro tipo, como las drogas. La implementación de terapias psicológicas, como comúnmente se atacan este tipo de adicciones, puede ir acompañado de un programa como el definido en este estudio, sin embargo se debe realizar toda la investigación pertinente para identificar que variaciones y que elementos comunes presentaría con respecto al programa *Respiremos Juntos*.
- Evaluar la inclusión de terapias anti tabáquicas en hospitales e instituciones públicas, a través del canal de ventas institucional.
- Evaluar el diseño de programas de abordaje comunicacional a los adolescentes, con algún tipo de estrategia específica para mitigar el efecto “curiosidad” que se genera a temprana edad.
- Recomendamos finalmente la utilización de distintas vías de comunicación con los fumadores:
 - La innovación es un elemento importante en el desarrollo de programas de concientización, mientras se mantenga el mismo hilo comunicacional, las campañas tenderán a ser una más de un cúmulo ya existente en el mercado.

- Pensar fuera de la caja, pensar con conciencia y sobre todo colocarse en los zapatos del paciente, es primordial para el desarrollo de elementos exitosos de abordaje comunicacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kozlowski LT, Henningfield JE, Brigham J. Cigarettes, Nicotine, and Health: A Biobehavioral Approach. London, UK: Sage Publications, Inc; 2001.
2. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, staff, and Consortium Representatives. JAMA; 2000.
3. World Health Organization. International statistical of diseases and related health problem. Geneve: WHO; 1992.
4. Centers for Disease Control. Cigarette smoking among adults – United States, 2000. MMWR Weekly. September 5, 2003/52(35); 842-844
5. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. [En Línea] 2011. [15 de Febrero de 2014] Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
6. E.M. *30% de la población venezolana es fumadora, el tabaquismo afecta incluso a quienes no fuman*. [En Línea] 2013 [15 de Abril de 2014]. Disponible en <http://informe21.com/dia-internacional-no-fumar/30-poblacion-venezolana-fumadora-tabaquismo-afecta-incluso-quienes-no-fum>
7. CHAMPIX[®] (Varenicline) Tablets [package insert] [En Línea]. New York, NY: Pfizer Inc; May 2006. Clinical Trials.gov. Clinical Trial Phases, FA, Q. [18 de Enero de 2014] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/services/ct;hases.html>
8. Pfizer Inc. CHAMPIX, Data on File. July 20; 2005.
9. Pfizer Inc. News from Pfizer. Pfizer's Varenicline Receives U.S. FDA Priority Review. Press Release, [En Línea] 2005. [18 de Enero de

- 2014]. Disponible en:
http://www.pfizer.com/pfizer/are/investors_releases/2005pr/mn_2005_1221.jsp
10. European Medicines Agency. Unión Europea. [En Línea] 1995 – 2014, [15 de Septiembre de 2014]. Disponible en:
http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000699/WC500025251.pdf
11. Goldberg D, Hoffman A, Añel D. Understanding people who smoke and how they change: a foundation for smoking cessation in primary care, 1ra ed. Disease-A-Month; 2002. Vol 48.
12. Kotler, Philip y Roberto, Eduardo. Mercadotecnia Social, México: Editorial Diana; 1993
13. Tendencias Digitales. Estudio: La penetración de internet en Venezuela. [En Línea] 2012. [20 de Abril de 2014] Disponible en:
<http://www.tendenciasdigitales.com/1433/la-penetracion-de-internet-en-venezuela-alcanza-40-de-la-poblacion/>
14. Mora, C.; Rondón, J.; Santiro, E. y Sulbaran D. Resumen y adaptación de las normas del manual de la APA para el desarrollo de monografías y trabajo científicos. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2009.
15. Zapata, O. Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas. México, D.F: Editorial Pax México.
16. Kotler, P. Dirección de marketing, conceptos esenciales. México: Pearson Educativa; 2002.

17. Kotler, P. Dirección de Mercadotecnia, análisis, planeación, implementación y control. 8va ed. México: Prentice Hall Hispanoamericana; 1996.
18. López, C. Teoría y pensamiento administrativo. [En Línea] Licencia CC.BY-NC-SA 3.0. 2001 [10 de Octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/18/jerarquia.htm>
19. Ildefonso. Marketing de los servicios sociales. Grande Esteban; 2002
20. Kotler, P. y Armstrong G. Fundamentos de Marketing. 8va. ed. México: Pearson Educación; 2008.
21. El concepto de la sociología. [En línea] [28 de septiembre del 2014] Disponible en: www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448146409.pdf
22. Hutt, M.; Black, S. y Porter. Administración. 9na ed. México: Pearson Educación; 2006.
23. Monardes, N. La Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales 1574. [En Línea]. Sevilla: En casa de Alonso Escriuano. 200. [18 de Octubre del 2014] Disponible en: <https://archive.org/details/primeraysegunda01monagooq>
24. Velásquez R. Encuentro Interamericano Chamánico: ritos, mitos de la Amazonía [En Línea]. Caracas [18 de Octubre del 2014] Disponible en: <http://encontrarte.aporrea.org/media/50/chamanesamazonas.pdf>
25. Alanis, G. Angelini R. Bazán D. y Bianchi, M. Historia del tabaco. [En Línea] Argentina, 2002 [18 de Octubre del 2014] Disponible en: http://www.oni.escuelas.edu.ar/2002/santa_fe/pulmones/Historia%20del%20tabaco.htm

26. Rubio Monteverde H, Rubio Magaña A. Breves Comentarios Sobre la Historia del Tabaco y el Tabaquismo rev Inst Nal Enf Resp Mex volumen 19 - número 4; 2006
27. Teixeira do Carmo J., Andrés-Pueyo A., Álvarez López A. The evolution in the concept of smoking Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):999-1005, julago; 2005.
28. Alan I. Leshner, Ph.D. Adición a la nicotina. Instituto nacional sobre abuso de drogas; 2007.
29. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, et al. Varenicline: an nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J Med Chem; 2005.
30. Jimenez, L., Bascaran, MaT., Garcia-Portilla, MaP., Saiz, PA., Bousoño, M., Bobes, J. La nicotina como droga, adicciones; 2004. Vol16, suplemento 2.
31. Ramirez, Z., Sintes, L. Información y orientación sobre drogas. [En Línea] Catalá. Enero 2013 [15 de Abril 2014] Disponible en: <http://www.orientaciondrogas.blogspot.com/2013/01/tabaco.html>
32. Benowitz, NL. Nicotine pharmacology and addiction. In: Benowitz NL, ed. Nicotine safety and toxicity. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
33. Benowitz, NL. Tobacco. In: Goldman, L., Ausiello, D., eds. Cecil textbook of medicine. 22nd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 2004.
34. Simantov, E., Schoen, C., Klein, JD. Health-compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? Arch Pediatr Adolesc Med; 2000.
35. Centers for Disease Control. Cigarette smoking among adults – United States, 2004 [En Línea]. MMWR Weekly. Noviembre 2005 [11 de

- Septiembre de 2014]. Disponible en:
<http://www.cdc.gov.mmwr/preview/mmwrhtml/mm5444a2.html>
36. Beers, MH., ed. Idiopathic Interstitial Lung Diseases. Merck Manual Home Edition [En Línea]. Febrero 2003. [25 de Septiembre de 2014] Disponible en: <http://www.merck.com/mmhe/about/front/editors.html>
37. Flaherty, KR., Martinez, FJ. Cigarette smoking in interstitial lung disease: concepts for the internist. Med Clin N Am; 2004.
38. American Heart Association. Silent Ischemia and Ischemic Heart Disease [En Línea]. Enero 2006. [28 de Septiembre de 2014] Disponible en: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=720>
39. Oficina de tabaquismo y salud. Centro Nacional para la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud [En Línea]. Junio 2014 [15 de Septiembre 2014]. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-cancer.html>
40. Reichert, VC., Seltzer, V., Efferen, LS., Kohn, N. Women and tobacco dependence. Med Clin N Am; 2004.
41. Mallampalli, A., Guntupalli, KK. Smoking and systemic disease. Med Clin N Am; 2004.
42. Lillington, GA., Leonard, CT., Sachs, DPL. Smoking and pulmonary and cardiovascular disease [En Línea]. Clin Chest Med. Vol 21. 2000 [20 de Septiembre de 2014] Disponible en:
<http://home.mdconsult.com/das/article/body/51524494-2/jorg=journal&source=MI&sp=11256497&sid>

43. American Cancer Society, Inc. [En Línea] 2014 [01 de Octubre de 2014]
Disponible en:
<http://www.cancer.org/espanol/salud/comomantenersealejadodeltabaco/fragmentado/pasos-para-dejar-de-fumar-types-of-n-r-t>
44. Dugdale, DC., Medline Plus. 2013 [08 de Septiembre 2014] Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007439.html>
45. National Acupuncture Detoxification Association (NADA).[En Línea] 2006
[01 de Octubre de 2014] disponible en: <http://www.acudetox.com>
46. National Cancer Institute. Prevention and Cessation of Cigarette Smoking:
Control of Tobacco USE (PDQ[®]) [En Línea] Julio 2005 [05 de Octubre de
2014] Disponible en:
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/controlof-tobacco-use/healthprofessional/allpages>
47. Andreasen, Alan., Marketing social change: Changing Behavior to Promote
Health, Social Development, and the Environment. San Francisco: Jossey
Bass Publishers; 1995.
48. Bravo, J. El Marketing Mix: concepto, estrategia y aplicaciones. Madrid:
Ediciones Dias de Santos; 1990.
49. Sande. Marketing Mix, 2010 [15 de Octubre de 2014]. Disponible en:
<http://compartiendoconocimiento.files.wordpress.com/2010/01/marketing-mix1.jpg>.
50. Garcia, D. Social media manager. Madrid: Ediciones Anaya Multimedia;
2013.

51. Herrera, J., Blanco, T. Estrategias de marketing para grupos sociales. Madrid: ESIC Editorial; 2010.
52. Arias FG. El Proyecto de Investigación. 3ra ed. Caracas: Editorial Episteme®; 1999.
53. Hernández R, Fernández C, Baptista P,. Metodología de la Investigación, 4ta ed., México, D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
54. Hurtado, J. El proceso de investigación. Metodología de la investigación holística. 5ta ed. Caracas: Editorial Sypal; 2007.
55. Tamayo y Tamayo, M. El proceso de la investigación científica. México: Editorial Limusa S.A; 1997.
56. Oficina Nacional Antidroga (ONA). Estudio Nacional de Drogas en la Población General en 2011 [En Línea] 2014 [15 de Septiembre de 2014] Disponible en: <http://www.noticias24.com>
57. Maturen, L. Investigación de mercado, Definición de la muestra. Caracas: Universidad Central de Venezuela. 02/2013.
58. Universidad de Navarra. 2011 [16 de Octubre de 2014] Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=DAOdnS39HiQ>.
59. Parrot, Andy C. Does Cigarette Smoking Cause Stress?. American Psychological Association's American Psychologist 1999; 57 (10)
60. Department of Health & Human Resources Food and Drug Administration. Center of drug Evaluation and Research Division of Pharmaceutical Analysis. May 4, 2009.

61. Programa Nacional de Control de Tabaco. Ministerio de Salud. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT). Disposición 3226/2011. Buenos Aires, Argentina.
62. Lara, M. Análisis del Entorno [En Línea] 2008 [18 de Octubre de 2014] Disponible en: <http://es.slideshare.net/laraguerrero/mauricio/analisis-del-entorno-14054762>
63. El Nacional [En Línea] Julio 2014 [26 de Octubre de 2014] Disponible en: http://www.el-nacional.com/sociedad/PNUD-Venezuela-Indice-Desarrollo-Humano_0_452354893.html
64. Real academia española [En Línea] 2014 [25 de Octubre de 2014] Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=%C3%A9xito>
65. Jhon, F. Rockait del Massachusetts Institute of Technology. Factores Claves de Éxito. Harvard Business Review 1979; 10.
66. Lopez, C. Los Factores Claves de Éxito [En Línea] Gestipolis, Abril 2004 [23 de Octubre de 2014] Disponible en: <http://www.gestipolis.com/canales/emprededora/articulos/31/claves.html>
67. Colores para un logo [En Línea] 2009 [26 de Octubre de 2014] Disponible en: <http://www.logodesign3.com/colores-logo.aspx>

ANEXOS

ANEXO N° 1

Encuestas para personas fumadoras

ENCUESTA PARA FUMADORES

Por favor indique los siguientes datos personales:

| | | | | |
|---|----------|--|------------|--|
| Sexo: | Femenino | | Masculino | |
| Edad: | 18 – 25 | | 36 – 50 | |
| (Marca con una X el rango de edad) | 26 – 35 | | Mayor a 50 | |

A continuación le estaremos realizando una serie de preguntas donde necesitamos que nos dé su opinión. No hay respuestas buenas ni malas; siéntese libre de seleccionar o decir lo que quiera.

Por Favor marque con una X su respuesta.

1) ¿Es o Fue usted fumador?

SI ()

No () **Ha finalizado la encuesta, Gracias por participar**

2) ¿A qué edad comenzó a fumar? (Marcar con una X el rango de edad):

10 – 15 años ()

15 – 20 años ()

20 – 25 años ()

Mayor a 25 años ()

3) Por qué considera empezó a fumar (Puede seleccionar más de una respuesta)

Curiosidad ()

Entorno Familiar ()

Entorno Social ()

Placer ()

4) Generalmente, ¿En qué ambiente/espacios usted suele/solía fumar? (Puede seleccionar más de una respuesta)

Casa ()

Trabajo ()

Reuniones Familiares ()

Fiestas/Discos ()

Ambientes Externos ()

5) Usted Fuma o fumaba: Solo ()

En Compañía de otras Personas ()

Ambas ()

6) ¿Cuáles son las principales razones por las que usted fuma? (Puede seleccionar más de una respuesta)

Placer ()

Estrés ()

Nerviosismo ()

Miedo ()

Entorno Social ()

7) En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

1 – 5 ()

5 – 10 ()

10 – 20 ()

Más de 20 ()

8) ¿Conoce usted un estimado de gasto mensual en cigarrillos?

SI () ¿Cuánto? _____

NO ()

9) ¿Ha tenido usted algún problema de salud asociado al consumo del cigarrillo?

NO ()

SI () ¿Qué tipo de enfermedad? _____

10) ¿Ha intentado dejar de fumar?

SI ()

NO () **Pase a la pregunta 15**

11) ¿Cuáles han sido los motivos por los cuáles usted ha intentado dejar de fumar? (Puede seleccionar más de una respuesta)

Salud () Influencia de medios () Influencia Familiar () Motivación Propia ()

12) ¿Logró dejar de fumar?

SI ()

NO () Pase a la pregunta 14

13) ¿Por cuánto tiempo?

<3 meses () 3 a 6 meses () 6 a 12 meses () 1 a 2 años () 2 a 5 años () Más de 5 años ()

14) ¿Volvió a fumar? No () Si () ¿Por qué? (Puede seleccionar más de una respuesta)

Ansiedad () Problemas Personales/Familiares () Falta de Voluntad/Apoyo Familiar () Infl. Social/Familiar ()

15) ¿Conoce algún medicamento que lo ayude a dejar de fumar? ¿Cuál?

SI ()

NO () Pase a la pregunta 18

16) ¿Lo ha utilizado?

SI ()

NO () Pase a la pregunta 18

17) ¿Le ha funcionado?

SI ()

NO () Pase a la pregunta 18

18) ¿Cómo se siente cuando no fuma? (Puede seleccionar más de una respuesta)

Ansioso ()

Irritable ()

Intranquilo ()

Bien ()

19) La influencia de su familia en el intento o proceso de cesación tabáquica (dejar de fumar) es

() Positiva

() Neutral

() Negativa

20) En su entorno familiar o social ¿alguien más fuma? No () Si () ¿Quién?

Padres/Tíos ()

Hermanos/Primos ()

Esposo(a) ()

Hijos ()

Amigos ()

21) ¿Cuál cree usted que es la principal causa por la cual las personas reinciden en el hábito del cigarrillo?

Ansiedad () Entorno Social/Familiar () Falta de Motivación () Angustias ()

22) ¿Conoce usted de alguna campaña para dejar de fumar? No () Si () ¿Cuál?

¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR!

ANEXO N° 2
Entrevista a médicos especialistas

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS Y EXPERTOS

Buenos días / tardes, mi nombre es _____, actualmente me encuentro realizando un proyecto de investigación referente al hábito del cigarrillo y el entorno social del paciente como parte del proceso de cesación tabáquica.

Me gustaría realizarle algunas preguntas para indagar un poco con base a su experiencia, cuales son las principales causas por la cual el fumador muchas veces no puede abandonar el hábito del cigarrillo.

- En su experiencia, ¿Cuáles son las principales consecuencias sobre la salud que puede generar el cigarrillo?
- Con base en su experiencia, ¿Cuál es el principal elemento que usted considera, motiva al paciente a fumar?
- Desde un punto de vista social, ¿Usted considera que el hábito del cigarrillo puede estar asociado a algunos estratos sociales más que otros?
- ¿Con qué regularidad usted receta medicamentos para la cesación tabáquica?
- Desde su opinión, ¿Qué tan efectivos resultan estos medicamentos para la cesación tabáquica?
- ¿Qué tan efectivo considera usted las campañas de concientización implementadas a través de vallas y fotografías en las cajas de cigarrillos?
- Desde un punto de vista comunicacional, ¿Cuál considera usted que es el principal mensaje que puede generar mayor impacto en el paciente fumador?
- ¿Cómo pudiera colaborar una campaña comunicacional dirigida al entorno del paciente y a éste mismo, en el proceso de cesación tabáquica?

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO N° 3

Formato y aval para validación de los instrumentos de investigación aplicados

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE FARMACIA

Ciudadano (a): _____

Reciba un cordial saludo a nombre de los Licenciados Libia Ferreira, Caterine Marques y Daniel Toro, participantes del postgrado en Mercadeo Farmacéutico.

La presente comunicación tiene como finalidad solicitar ante usted la posibilidad de que valide los instrumentos a utilizar en este trabajo de investigación, basados en una encuesta de 22 preguntas de selección y una entrevista a profundidad a través de un cuestionario de 8 preguntas abiertas. Las encuestas serán aplicadas a personas fumadoras que transiten por la zona de Chacaíto, por presentar este sector características de exportación que representa la muestra de estudio, mientras que las entrevistas serán realizadas a médicos especialistas con experiencias en procesos de cesación tabáquica, ambas se efectuarán con el objetivo de recopilar información para diseñar una campaña de concientización social para disminuir el consumo de cigarrillos en Venezuela, por lo que su valiosa opinión permitirá a los investigadores verificar si las preguntas planteadas guardan relación con el título, objetivos y variables planteados en la investigación.

Seguros de contar con su experiencia en la validación de instrumentos, nos despedimos.

Atentamente,

Lic. Ferreira, Libia

Ftica. Marques, Caterine

Lic. Toro, Daniel

Instrucciones:

Por favor, lea detenidamente cada uno de los enunciados y de respuesta a cada ítem.

Utilice este formato para indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado que se presenta, marcando con una equis (x) en el espacio correspondiente según la siguiente escala:

3.- Bueno

2.- Regular

1.- Deficiente

Si desea plantear alguna sugerencia para enriquecer el instrumento, utilice el espacio correspondiente a observaciones, ubicado al margen derecho del formato.

Aprobación Prof. María Teresa Ochoa

INSTRUMENTO PARA VALIDAR EL CUESTIONARIO

| CRITERIOS | APRECIACIÓN CUALITATIVA | | |
|--|-------------------------|---------|------------|
| | Bueno | Regular | Deficiente |
| Presentación del instrumento | ✓ | | |
| Claridad en la redacción de los items | ✓ | | |
| Pertinencia de la pregunta con los objetivos | ✓ | | |
| Relevancia del contenido | ✓ | | |
| Factibilidad de aplicación | ✓ | | |

Nombre y Apellido: MARIA TERESA OCHOA

C.I. 2.935.580

Profesión: FARMACÉUTICO.

Títulos Obtenidos:

Msc.

Instituto donde Trabaja:

U.E.V. FARMACIA.

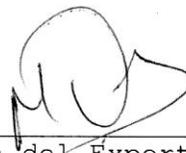
Cargo que Desempeña: Profesor.

Antigüedad en el cargo: 23 años.

Resultado de Validación del Instrumento:

Se considera que el instrumento, está muy bien diseñado y cumple con los lineamientos establecidos.

Fecha: Julio 2014.



Firma del Experto

Aprobación Prof. Marisol Benaim

INSTRUMENTO PARA VALIDAR EL CUESTIONARIO

| CRITERIOS | APRECIACIÓN CUALITATIVA | | |
|--|-------------------------|---------|------------|
| | Bueno | Regular | Deficiente |
| Presentación del instrumento | ✓ | | |
| Claridad en la redacción de los items | ✓ | | |
| Pertinencia de la pregunta con los objetivos | ✓ | | |
| Relevancia del contenido | ✓ | | |
| Factibilidad de aplicación | ✓ | | |

Nombre y Apellido: Marisol Benaim

C.I. 4357035

Profesión: Farmacéutico

Títulos Obtenidos:

Especialista en Mercadeo

Instituto donde Trabaja:

UCV

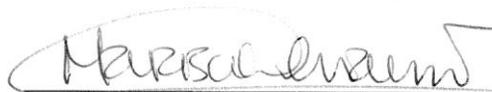
Cargo que Desempeña: Coordinador Post. Mercado

Antigüedad en el cargo: < 1 año

Resultado de Validación del Instrumento:

El resultado final ya quedó perfecto después de que se solucionaron todos los errores.

Fecha: Julio 2014



Firma del Experto

Aprobación Prof. Luis Alen

INSTRUMENTO PARA VALIDAR EL CUESTIONARIO

| CRITERIOS | APRECIACIÓN CUALITATIVA | | |
|--|-------------------------|---------|------------|
| | Bueno | Regular | Deficiente |
| Presentación del instrumento | ✓ | | |
| Claridad en la redacción de los items | ✓ | | |
| Pertinencia de la pregunta con los objetivos | ✓ | | |
| Relevancia del contenido | ✓ | | |
| Factibilidad de aplicación | ✓ | | |

Nombre y Apellido: Luis Eduardo Alen Costas

C.I. 12388340

Profesión: Mercadólogo

Títulos Obtenidos: Postgrado Mercurio Lic. en Publicidad TSO. Mercurio

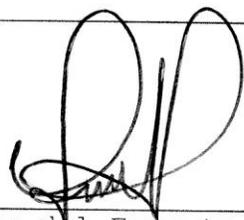
Instituto donde Trabaja: UCV

Cargo que Desempeña: Profesor Invitado

Antigüedad en el cargo: 4 años

Resultado de Validación del Instrumento:

Fecha: 20/11/2014



Firma del Experto

ANEXO N° 4

**Diseño inicial de la ayuda visual para
promoción médica y en farmacia de LidCad**



EL HÁBITO DE FUMAR CIGARRILLOS NOS PUEDE AFECTAR A TODOS



No importa **Edad**, **Sexo**, **Raza** ni **Estatus Social**



EL HUMO DEL CIGARRILLO AFECTA HASTA AL QUE NO FUMA



La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la mitad de la población mundial infantil (700 millones) está expuesta al humo ambiental de tabaco en el hogar.




Figura 18. Lámina 1 y 2 de la ayuda visual de LidCad para médicos.

Por más de 4 décadas, el hábito de fumar ha sido reconocido como una adicción peligrosa que está relacionada con altos índices de mortalidad y enfermedad, así como con enormes costos en cuidados de la salud para la sociedad.

Los adultos no fumadores expuestos al humo ambiental de tabaco tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón y enfermedades cardíacas



Los niños pequeños son especialmente vulnerables a los riesgos de salud del humo ambiental de tabaco porque sus pulmones no están desarrollados completamente.



EL HUMO DEL TABACO PRODUCE ASMA

¿QUIÉN CONSUME A QUIÉN?



Percepción



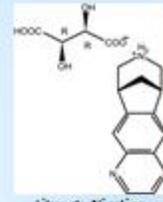
Realidad

Usted es una pieza clave para evitar que el cigarrillo consuma al hombre por completo y ahora tiene a su disposición las herramientas ideales para lograrlo

Figura 19. Lámina 3 y 4 de la ayuda visual de LidCad para médicos.

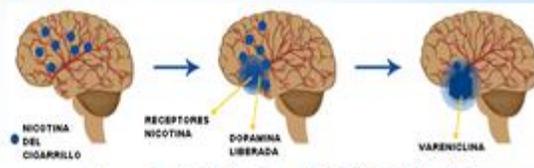
LidCad

Vareniclina



Libre de Nicotina

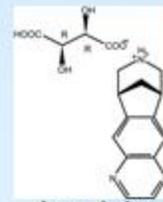
- Novedoso mecanismo de acción, único entre los agentes farmacológicos usados en la terapia para dejar de fumar.
- Actúa al igual que la Nicotina sobre los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs) en el cerebro, específicamente el receptor del subtipo $\alpha 4\beta 2$, que está asociado con los efectos adictivos de la Nicotina.
- Impide la unión de la Nicotina a los receptores de acetilcolina y por consiguiente no se estimula el sistema dopamina-mesolímbico del sistema nervioso central que es el encargado de brindar placer al fumador.



Representación del Mecanismo de Acción de la Varenicline

LidCad

Vareniclina



Libre de Nicotina

Eficacia Comprobada

Estudios clínicos comparativos

- Dos ensayos clínicos idénticos doble ciego compararon prospectivamente la eficacia de Vareniclina (1mg BID), Bupropión de liberación prolongada (150 mg BID) y Placebo en la deshabituación tabáquica.
- Estudios de 52 semanas de duración, los pacientes recibieron tratamiento durante 12 semanas, seguido de una fase sin tratamiento de 40 semanas.
- La variable primaria de los dos estudios fue el índice de abandono continuo de 4 semanas (4W-CQR) desde la semana 9 hasta la semana 12, confirmado por el monóxido de carbono (CO).
- **La variable primaria de Vareniclina demostró superioridad estadística comparada con bupropión y placebo.**
- Una variable secundaria clave para ambos estudios fue el Índice de Abstinencia Continua (AC) en la semana 52.

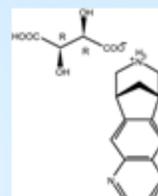
| | Estudio 1 (n = 1022) | | Estudio 2 (n = 1023) | |
|-------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| | 4W CQR sem 9-12 | AC sem. 9-52 | 4W CQR Sem 9-12 | AC sem. 9-52 |
| Vareniclina | 44,4% | 22,1% | 44,0% | 23,0% |
| Bupropión | 29,5% | 16,4% | 30,0% | 15,0% |
| Placebo | 17,7% | 8,4% | 17,7% | 10,3% |

Índices de 4W CQR y AC en los estudios comparativos 1 y 2

Figura 20. Lámina 5 y 6 de la ayuda visual de LidCad para médicos.

LidCad

Vareniclina



Libre de Nicotina

Eficacia Comprobada

Estudio del mantenimiento de la abstinencia

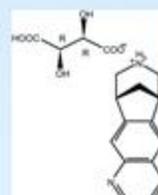
- El estudio valoró el beneficio de una terapia adicional de 12 semanas con Vareniclina en el mantenimiento de abstinencia.
- Los pacientes en este estudio (n=1.927) recibieron Vareniclina 1 mg BID durante 12 semanas sin enmascaramiento.
- Los pacientes que dejaron de fumar antes de la Semana 12 después fueron aleatorizados para recibir o bien Vareniclina (1 mg BID) o placebo durante un periodo adicional de 12 semanas.
- Duración total de estudio: 52 semanas.
- La variable primaria: Índice de abstinencia continua confirmada por Monóxido de Carbono (CO) desde la semana 13 hasta la semana 24.
- Una variable secundaria: Índice de abstinencia continua (AC) de la semana 13 hasta la semana 52.
- Se demostró el beneficio de un tratamiento adicional de 12 semanas con Vareniclina 1 mg dos veces al día para el mantenimiento de la deshabituación tabáquica comparado con placebo.

| | Vareniclina n=602 | Placebo n=604 | Diferencia (95% IC) |
|-------------------|----------------------|------------------|------------------------|
| AC semana (13-24) | 70,6% | 49,8% | 20,8% (15,4%-26,2%) |
| AC Semana (13-52) | 44,0% | 37,1% | 6,9% (1,4%-12,5%) |

Resultados del estudio de Mantenimiento de Abstinencia

LidCad

Vareniclina



Libre de Nicotina

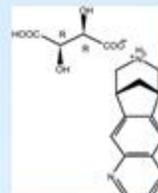
Seguridad Comprobada

- La cesación tabáquica con o sin tratamiento, está asociada a síntomas de supresión nicotínica.
- Los eventos adversos más comunes asociados con Vareniclina (>5% y el doble de la tasa observada en los pacientes tratados con placebo) fueron:
 - Náuseas
 - Alteraciones del sueño
 - Estreñimiento
 - Retención
 - Vómitos
- El evento adverso más común asociado con el tratamiento con Vareniclina son las náuseas.
- Pacientes tratados con la máxima dosis recomendada de 1mg BID después de la titulación inicial de la dosis, la incidencia de náuseas fue:
 - 30% con Vareniclina
 - 10% con Placebo

Figura 21. Lámina 7 y 8 de la ayuda visual de LidCad para médicos.

LidCad

Vareniclina



Libre de Nicotina

Presentaciones



*Cuenta con el Programa de Apoyo
Integral al Paciente
Respiremos Juntos*

Dosis y Administración

- La Vareniclina debe ser administrada vía oral durante 12 semanas.
- Dosis recomendada de 1,0mg BID después de un esquema de titulación de 1 semana.
- Esquema de titulación:
 - Días 1-3 0,5mg una vez el día.
 - Días 4-7 0,5mg dos veces al día.
 - Desde el Día 8 1,0mg dos veces al día.

Respiremos Juntos

Bríndale un respiro a tu vida

Respiremos Juntos es un programa integral de apoyo al paciente que cuenta con un equipo multidisciplinario que le ofrece al fumador y su entorno, una variedad de herramientas que van desde una plataforma web hasta profesionales especializados en el proceso de cesación tabáquica, para que el afectado logre su objetivo.

Beneficios que Brinda:

- Orientación y seguimiento para el paciente fumador antes, durante y después del proceso de cesación tabáquica.
- Tips e Información educativa disponible en una plataforma web de libre acceso.
- Participación de pacientes y acompañantes en actividades educativas y de orientación.
- Tratamiento de inicio y finalización de la terapia para el cumplimiento del mismo

Cómo disfrutar de los beneficios:

- Recibir tarjeta de acceso y registrarse por la página web www.respiremosjuntos.com
- Acumular 4 estuches de continuación de LidCad y hacer el canje por la última terapia del tratamiento.

Para mayor información visite la página:
www.respiremosjuntos.com

Síguenos en:
Respiremos Juntos
@RespiremosJuntos

Figura 22. Lámina 9 y 10 de la ayuda visual de LidCad para médicos.

ANEXO N° 5

**Diseño inicial de la ayuda visual para
promoción en farmacia del programa
“Respiremos Juntos”**

La Realidad de un Fumador

Más del **50%** de los pacientes venezolanos que han logrado dejar de fumar recaen en el hábito de fumar cigarrillos.

NO existen programas integrales de apoyo al paciente en el proceso de cesación tabaquica.

La familia no se involucra en un 100% en el proceso de cesación tabaquica.

Según fumadores las campañas Anti tabaquicas en Venezuela no son 100% efectivas por no mostrar la realidad y exagerar situaciones.

Las dos principales causas por las que el paciente recaer en el hábito de fumar cigarrillos son:

ANSIEDAD

FALTA DE MOTIVACIÓN Y APOYO



Respiremos Juntos

Bríndale un respiro a tu vida

Respiremos Juntos es un programa integral de apoyo al paciente que cuenta con un equipo multidisciplinario que le ofrece al fumador y su entorno, una variedad de herramientas que van desde una plataforma web hasta profesionales especializados en el proceso de cesación tabaquica, para que el afectado logre su objetivo.

Beneficios que Brinda:

- Orientación y seguimiento para el paciente fumador antes, durante y después del proceso de cesación tabaquica.
- Tips e Información educativa disponible en una plataforma web de libre acceso.
- Participación de pacientes y acompañantes en actividades educativas y de orientación.
- Tratamiento de inicio y finalización de la terapia para el cumplimiento del mismo

Cómo disfrutar de los beneficios:

- Recibir tarjeta de acceso y registrarse por la página web www.respiremosjuntos.com
- Acumular 4 estuches de continuación de LidCad y hacer el canje por la última terapia del tratamiento.

Para mayor información visite la página:
www.respiremosjuntos.com

Síguenos en:
Respiremos Juntos
@RespiremosJuntos

Figura 23. Lámina 1 y 2 de la ayuda visual de Respiremos Juntos para profesionales de la salud.

ANEXO N° 6

Diseño de seminarios de información médica

Consecuencias del Cigarrillo. Eficacia de la Vareniclina.

Por más de 4 décadas, el hábito de fumar ha sido reconocido como una adicción peligrosa que está relacionada con altos índices de mortalidad y enfermedad, así como con enormes costos en cuidados de la salud para la sociedad. Las personas que no fuman también están en riesgo debido a los muchos peligros conocidos de la exposición al humo de cigarro de los fumadores.

Los adultos no fumadores expuestos al humo ambiental de tabaco tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón y enfermedades cardíacas. Por otra parte, los niños pequeños son especialmente vulnerables a los riesgos de salud del humo ambiental de tabaco porque sus pulmones no están desarrollados completamente. La exposición al humo ambiental de tabaco en niños pequeños se asocia a un elevado riesgo de enfermedades respiratorias como asma, bronquitis, y neumonía.

Los efectos dañinos del tabaquismo en las vías aéreas se vinculan con el desarrollo de varias enfermedades pulmonares no cancerosas, destacando la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC, que incluye la bronquitis crónica y el enfisema.

Otras enfermedades asociadas al tabaquismo incluyen asma, bronquiolitis respiratoria y neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Así como en los pulmones, el tabaquismo tiene un profundo efecto nocivo en el sistema cardiovascular. El cigarro es un factor de riesgo fundamental en el desarrollo de la primera causa de muerte en el mundo, como lo son las enfermedades cardiovasculares y las mismas tienen consecuencias graves como infarto al miocardio y enfermedad vascular cerebral, siendo la Aterosclerosis la primera causa de muerte debido al consumo de cigarrillos.

El tabaquismo puede causar cáncer en casi todas las partes de su cuerpo, incluidas las siguientes:

- Boca, nariz y garganta
- Laringe
- Tráquea
- Esófago
- Pulmones
- Estómago
- Páncreas
- Hígado
- Riñones y uréteres
- Vejiga
- Colon y recto
- Cuello uterino
- Médula ósea y sangre (leucemia)

Seminario 1

Figura 24. Página Inicial del Seminario 1 para médicos.

Eficacia y Seguridad de la Vareniclina. Evidencia Clínica.

Vareniclina

En 1993, los investigadores diseñaron y desarrollaron una tableta específicamente para ayudar al paciente en el tratamiento del tabaquismo, siendo ésta una molécula con un diseño único y libre de nicotina, **Vareniclina**, la cual se presenta en la forma de su sal de tartrato aprobada por la FDA en mayo del año 2006. En la siguiente tabla, se presentan las características generales de la Vareniclina:

Tabla I. Características de la Vareniclina

| | |
|---------------------|--|
| Nombre Químico | 7,8,9,10-tetrahidro-6,10-metano-6H-pirazino[2,3-h][3] benzazepina,(2R,3R)-2,3-dihidroxibutanedioato (1:1). |
| Peso Molecular | 361,35g/mol |
| Fórmula Molecular | C ₁₃ H ₁₃ N ₃ .C ₄ H ₆ O ₆ |
| Fomulación Galénica | Tabletas orales de concentraciones 0.5 y 1.0 mg |

La Vareniclina tiene un novedoso mecanismo de acción que es único entre los agentes farmacológicos usados en la terapia para dejar de fumar, ya que actúa al igual que la Nicotina sobre los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs) en el cerebro, específicamente el receptor del subtipo $\alpha 4\beta 2$, que está asociado con los efectos adictivos de la Nicotina.

Los estudios electrofisiológicos realizados in vitro y los estudios neuroquímicos realizados in vivo, demostraron que la Vareniclina se une al subtipo $\alpha 4\beta 2$ de los receptores nicotínicos neuronales de la acetilcolina y estimula los receptores, pero en un grado significativamente inferior que la Nicotina. La Vareniclina bloquea la capacidad de la Nicotina de activar los receptores $\alpha 4\beta 2$ y, de este modo, la capacidad de estimular el sistema dopaminérgico mesolímbico a nivel nervioso central, que se cree que es el mecanismo neuronal que origina el refuerzo de la adicción y la gratificación que se experimenta al fumar. La Vareniclina es sumamente selectiva y se une con mayor potencia a los receptores $\alpha 4\beta 2$ que a cualquier otro receptor nicotínico.

Seminario 2

Figura 25. Página Inicial del Seminario 2 para médicos

Estudios clínicos comparativos

Dos ensayos clínicos idénticos doble ciego compararon prospectivamente la eficacia de Vareniclina (1mg dos veces al día), bupropión de liberación prolongada (150 mg dos veces al día) y placebo en la deshabituación tabáquica. En estos estudios de 52 semanas de duración, los pacientes recibieron tratamiento durante 12 semanas, seguido de una fase sin tratamiento de 40 semanas.

La variable primaria de los dos estudios fue el índice de abandono continuo de 4 semanas (4W-CQR) desde la semana 9 hasta la semana 12, confirmado por el monóxido de carbono (CO). La variable primaria de Vareniclina demostró superioridad estadística comparada con bupropión y placebo.

Tras la fase sin tratamiento de 40 semanas, una variable secundaria clave para ambos estudios fue el Índice de Abstinencia Continua (AC) en la semana 52. AC se definió como la proporción de todos los sujetos tratados que no fumaron (ni siquiera una calada de un cigarrillo) desde la Semana 9 hasta la Semana 52 y que no tuvieron una medida de CO exhalado de >10 ppm.

Superioridad en eficacia de la Vareniclina.

Los índices de abandono continuo de 4 semanas (4W-CQR) medidos desde la semana 9 hasta la 12, y los índices de Abstinencia Continua (AC) desde la semana 9 hasta la 52, de los estudios 1 y 2 se incluyen en la tabla I.

En los dos Estudios 1 y 2 durante el tratamiento activo, los síntomas del ansia de fumar y la retirada fueron significativamente reducidos en los pacientes aleatorizados a Vareniclina comparado con placebo. Además, Vareniclina redujo significativamente los efectos de refuerzo del fumar, que pueden perpetuar el comportamiento de fumar en pacientes que fuman durante el tratamiento, comparado con placebo. No se midieron los efectos de Vareniclina sobre el ansia de fumar, retirada y reforzamiento de fumar durante la fase de seguimiento a largo plazo sin tratamiento.

Estudio del mantenimiento de la abstinencia

El tercer estudio valoró el beneficio de una terapia adicional de 12 semanas con Vareniclina en el mantenimiento de abstinencia. Los pacientes en este estudio (n = 1,927) recibieron Vareniclina 1mg BID durante 12 semanas sin enmascaramiento.

Seminario 3

Figura 26. Página Inicial del Seminario 3 para médicos

ANEXO N° 7

Diseño de Tríptico del programa

Respiremos Juntos

Respiremos Juntos es un programa integral de apoyo al paciente que cuenta con un equipo multidisciplinario que le ofrece al fumador y su entorno, una variedad de herramientas que van desde una plataforma web hasta profesionales especializados en el proceso de cesación tabáquica, para que el afectado logre su objetivo.

Usted es una pieza clave en este programa de apoyo para que el paciente cumpla de forma exitosa con todo el proceso de cesación tabáquica y no retome el hábito del cigarrillo.

Dejar de Fumar ES POSIBLE

Evitar las recaídas TAMBIEN

Para mayor información visite la página:
www.respiremosjuntos.com

Síguenos en:
 Facebook Respiremos Juntos
 @RespiremosJuntos

Programa de Apoyo
Respiremos Juntos

De la mano con el paciente para guiarlo y orientarlo en el proceso de cesación tabáquica.

“Bríndale un respiro a tu vida”

Figura 27. Diseño de la parte externa del primer tríptico del Programa Respiremos Juntos para médicos

El programa Respiremos Juntos busca crear conciencia de las consecuencias del consumo de cigarrillo y promover en el paciente el deseo por dejar de fumar y consultar al médico. Mientras que para las personas que se encuentran alrededor del paciente fumador, se busca impulsarlos a motivar y apoyar de manera acertada a los fumadores de su entorno. El programa constará de:

Plataforma web que consistirá en:

- Una página web de libre acceso que le brindará al paciente información variada de las consecuencias de fumar cigarrillos.
- Cuentas en las Redes Sociales Twitter, Facebook e Instagram, para publicar diariamente mensajes e imágenes anti tabáquicas, invitación a consultar al médico y a la página web.

Para mayor información visite la página: www.respiremosjuntos.com o Síguenos en:  Respiremos Juntos  RespiremosJuntos

Call center para orientación y seguimiento del proceso de cesación tabáquica a los pacientes que están en terapia con LidCad, mediante:

- Mensajes de texto semanales
- Llamadas quincenales para hacerle seguimiento al cumplimiento del tratamiento.
- Mensajes cuando el paciente esté en la semana 10 del tratamiento para recordarle que puede hacer el canje 4x1 de LidCad y recibir el último estuche totalmente gratis para culminar la terapia.
- Llamadas y mensajes de seguimiento por 3 meses cuando el paciente culmine la terapia con LidCad.

“Bríndale un respiro a tu vida”

Actividades para pacientes fumadores y su entorno más cercano:

- Eventos para los pacientes fumadores y un acompañante en las diferentes regiones del país, liderados por expertos en cesación tabáquica.

Apoyo económico brindando al paciente:

- El beneficio de obsequiarle en el consultorio la terapia de inicio de LidCad junto con la tarjeta de acceso al programa Respiremos Juntos, para aumentar la probabilidad que inicie el proceso de cesación tabáquica e Ingrese al programa de apoyo.
- Garantía de que culmine la terapia de LidCad, obsequiándole el último estuche de la terapia al entregar 4 estuches de continuación de LidCad.

Figura 28. Diseño de la parte interna del primer tríptico del Programa Respiremos Juntos para médicos

ANEXO N° 8

Diseño de Folletos del Programa Respiremos Juntos para pacientes

Respiremos Juntos

Cuando consumes cigarrillo, tu cuerpo absorbe más de **10 SUSTANCIAS TÓXICAS**

COMPONENTES DEL CIGARRILLO



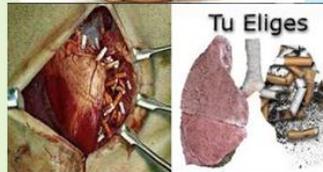
Cada vez son menos los espacios públicos para fumar cigarrillos...
Cada día que fumas te aislas más



Dejar de Fumar es Posible

Alguna vez te has preguntado:
¿Quién consume a Quién?

FINALMENTE... ¡El te mata!



La Verdad Incomoda

31 de mayo - Día Mundial sin Tabaco

¿Sabías que...

cada año mueren casi 5 millones de personas por enfermedades relacionadas con el tabaco?

Es la principal causa evitable de muerte en el mundo.

Consulta a tu médico

Para mayor información visite la página: www.respiremosjuntos.com

Síguenos en: Respiremos Juntos @RespiremosJuntos

Figura 29. Modelo del Folleto 1 sobre las consecuencias del cigarrillo para pacientes.

Respiremos Juntos

Cuando fumas cigarrillo
**Fumas Tú y TODOS a
tu alrededor**



El humo ambiental de tabaco es una mezcla compleja que contiene más de 60 compuestos carcinógenos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la mitad de la población mundial infantil (700 millones) esta expuesta al humo ambiental de tabaco en el hogar.



El humo de tabaco los ahoga y enferma

El humo ambiental de tabaco puede ocasionar en niños: Asma, Bronquitis, Neumonía, Síndrome de Muerte Súbita.



¿NO CREES QUE HAY MEJORES COSAS PARA COMPARTIR CON TU HIJO?



Dejar de Fumar es Posible

Consulta a tu médico

Para mayor información visite la página: www.respiremosjuntos.com

Síguenos en: Respiremos Juntos @RespiremosJuntos

Figura 30. Modelo del Folleto 2 sobre las consecuencias del cigarrillo para pacientes.

Respiremos Juntos

El fumar cigarrillos afecta tu **aparición física** de **manera permanente**:

Afecta tu dentadura



Afecta tu piel, te envejece



Mancha Tus Manos



Dejar de Fumar es Posible



El olor del cigarrillo es uno de los más desagradable y difícil de ocultar. Penetra el cabello, la ropa, las manos y genera un aliento un poco repugnante para el no fumador.



Consulta a tu médico

Para mayor información visite la página: www.respiremosjuntos.com

Síguenos en:  Respiremos Juntos

  @RespiremosJuntos

Figura 31. Modelo del Folleto 3 sobre las consecuencias del cigarrillo para pacientes

ANEXO N° 9

Gimmicks para profesionales de la Salud de LidCad y Respiramos Juntos



Figura 32. Bolígrafos recordatorios de LidCad y el programa Respiremos Juntos para profesionales de la salud



Figura 33. Taza térmica y Libreta recordatorio de LidCad y Respiremos Juntos para médicos



Figura 34. Tarjetero ejecutivo recordatorios de LidCad y Respiremos Juntos para médicos

ANEXO N° 10

Bosquejo de la página web del programa

Respiremos Juntos

The image shows a web form titled "Respiremos Juntos Inicio" overlaid on a background of a green field under a blue sky with clouds. The form contains the following fields:

- Nombre:** An empty text input field.
- Fecha de nacimiento:** A text input field containing the placeholder "DD/MM/AAAA".
- Sexo:** A dropdown menu with "Masculino" selected and a downward arrow.
- Empezaste a fumar a los:** A spinner control with the value "17" and up/down arrows.
- Cigarros al día:** A spinner control with the value "17" and up/down arrows.
- Lo dejaste a los:** A spinner control with the value "19" and up/down arrows.

At the bottom of the form is a blue button labeled "Ver tu vida".

Figura 35. Bosquejo de la página web del programa Respiremos Juntos Inicio



Figura 36. Bosquejo de la página web del programa Respiremos Juntos Plataforma.

ANEXO N° 11

Logotipos de LidCad y Respiramos Juntos

The logo for LidCad features the word "Lid" in a light green, cursive font and "Cad" in a light blue, cursive font, both in a similar script style.

Figura 37. Modelo del logotipo de la marca LidCad

The logo for Respiramos Juntos is written in a single, light blue, cursive font.

Figura 38. Modelo del logotipo del programa Respiramos Juntos