Revista de Investigación en Salud Pública
Vol. 1 / Nro. *1* / *2026*
***Recibido**: 13/05/2026 - **Revisado**: 10/06/2026 - **Aceptado**: 31/07/2026 - **Publicado**: 18/09/2026*
***Evaluación:** Doble ciego*

ARTÍCULO ORIGINAL

IMPACTO DEL PROGRAMA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL EN PARAGUAY: ESTRATEGIAS DE MITIGACIÓN.

Impact of the Alcohol and Psychoactive Substance Use Program in the Workplace in Paraguay: Mitigation Strategies

DOI: https://doi.org/10.65740/c99qjj30

Karina Addel Arza de Gómez
Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.
ORCID: https://orcid.org/0009-0008-3021-6490
Autor de correspondencia: arzakarina26@gmail.com

Derliz Osmar Cabrera Cabrera
Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-4027-6925
dcabrera75@gmail.com

Resumen

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en el ámbito laboral constituye un problema de salud pública que afecta la productividad, la seguridad ocupacional y el bienestar de los trabajadores, especialmente en sectores de alta exigencia operativa como el eléctrico. En Paraguay, la escasez de estudios específicos sobre este fenómeno en contextos laborales limita la comprensión del problema y la formulación de estrategias institucionales efectivas. La presente investigación tuvo como objetivo analizar el impacto del Programa de Consumo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en el ámbito laboral de la Administración Nacional de Electricidad (ANDE) y proponer estrategias integrales para su mitigación. Se adoptó un enfoque metodológico mixto con predominio cualitativo, diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo. El estudio se desarrolló en Asunción entre junio de 2024 y octubre de 2025, con una muestra de 423 funcionarios seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La comprobación estadística mediante pruebas Chi-cuadrado de Pearson ($\alpha = 0,05$; $n = 423$) demostró asociaciones significativas entre cinco pares de variables clave, con tamaños de efecto que oscilaron entre moderado ($\varphi = 0,248$) y grande ($\varphi = 0,646$), sustentando la aceptación de la hipótesis de investigación. Se identificaron barreras críticas vinculadas al estigma social, el temor a sanciones y la desconfianza en la confidencialidad. En respuesta, se propone el Programa Integral de Prevención, Atención y Reinserción Laboral frente al Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Sector Eléctrico (PIPAR-SE), articulado en seis componentes estratégicos.

Palabras clave: salud laboral; sustancias psicoactivas; sector eléctrico; gestión institucional; políticas de salud ocupacional; Paraguay; ANDE.

Abstract

Alcohol and other psychoactive substance use in the workplace represents a significant public health problem affecting productivity, occupational safety, and worker well-being, especially in high-demand sectors such as the electrical industry. In Paraguay, the scarcity of specific studies on this phenomenon in occupational contexts limits understanding of the problem and the formulation of effective institutional strategies. This study aimed to analyze the impact of psychoactive substance use in the workplace at the National Electricity Administration (ANDE) and to propose comprehensive mitigation strategies. A mixed-method approach with qualitative predominance, non-experimental cross-sectional design, and descriptive scope was adopted. The study was conducted in Asunción between June 2024 and October 2025, with a sample of 423 employees selected through non-probabilistic convenience sampling. Key findings indicate that substance use is associated with work-related stress, demanding working conditions in the electrical sector, and weaknesses in the institutional management of the existing program. Statistical testing using Pearson Chi-square tests ($\alpha = 0.05$; $n = 423$) demonstrated significant associations between five key variable pairs, with effect sizes ranging from moderate ($\varphi = 0.248$) to large ($\varphi = 0.646$), supporting acceptance of the research hypothesis. Critical barriers were identified related to social stigma, fear of sanctions, and distrust of confidentiality. In response, the Comprehensive Prevention, Care and Labor Reintegration Program for Psychoactive Substance Use in the Electrical Sector (PIPAR-SE) is proposed, structured around six strategic components.

Keywords: occupational health; psychoactive substances; electrical sector; institutional management; occupational health policies; Paraguay; ANDE.

Cómo citar: Arza de G., K. A., Cabrera C., D.O. (2026). Impacto del programa de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en Paraguay: estrategias de mitigación. *Revista de Investigación en Salud Pública, 1*(1), 142–153. https://doi.org/10.65740/c99qjj30

***Editor responsable**: Sergio David González Ayala, Posgrado Columbia, Asunción, Paraguay, risalp@posgradocolumbia.edu.py*
***Derechos de autor**: ©2026 Karina Addel Arza de Gómez y Derliz Osmar Cabrera Cabrera. Los autores conservan los derechos de autor.*
***Licencia**: Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0* Internacional (CC BY 4.0).

1. Introducción

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en el ámbito laboral constituye una problemática multidimensional de creciente relevancia en los sistemas de salud pública y en la gestión organizacional. La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1995) estima que el 70% de los consumidores de alcohol y otras drogas tiene empleo permanente, y que estos trabajadores presentan cuatro veces más accidentes laborales, dieciséis veces más llegadas tardías y un rendimiento laboral un 30% menor que el resto de la población trabajadora. Estos datos evidencian que el fenómeno trasciende el ámbito individual para instalarse como un factor estructural de riesgo en las organizaciones.

En Paraguay, el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto laboral es reconocido como un problema significativo, aunque la escasez de estudios específicos en este campo limita la comprensión del fenómeno y dificulta la formulación de estrategias institucionales contextualizadas. Los datos disponibles, producidos principalmente por la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD) y el Observatorio Paraguayo de Drogas (OPD), están enfocados en la población general o en el ámbito escolar, dejando un vacío de conocimiento en el espacio laboral. En este contexto, el sector eléctrico emerge como un ámbito de especial interés, dado que sus condiciones de trabajo —alta exigencia operativa, turnos extendidos, riesgo de accidentes y presión por rendimiento para la implementación de Programas de Prevención.

La Administración Nacional de Electricidad (ANDE) representa un caso paradigmático para el análisis de este fenómeno: con una planta funcional de aproximadamente 2.000 trabajadores en Asunción, la institución cuenta con un programa formal de prevención de adicciones establecido desde 2005, lo que posibilita no solo un estudio de prevalencia y percepción, sino también una evaluación del desempeño institucional en la materia. La pregunta central de investigación fue: ¿cuáles son los impactos del programa de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en empresas del sector eléctrico? A partir de esta pregunta, el objetivo general consistió en analizar dicho impacto y proponer estrategias de mitigación aplicables al contexto paraguayo.

2. Fundamentación Teórica

2.1 El Consumo de Sustancias Psicoactivas como Fenómeno Laboral

El consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral se explica como un fenómeno multifactorial influido por la interacción de factores individuales, organizacionales y socioculturales. Las teorías contemporáneas superan las perspectivas reduccionistas —ya sea el modelo biológico centrado en la dependencia física, o el modelo penal-disciplinario centrado en la sanción— para adoptar enfoques integrales. El modelo biopsicosocial, aplicado al contexto laboral, reconoce que el lugar de trabajo no es un espacio neutral, sino un entorno social que puede tanto generar condiciones de riesgo como proveer factores de protección (OIT, 1995). En esta línea, la Teoría del Estrés identifica la exposición crónica a factores de estrés laboral —sobrecarga, demandas emocionales, riesgos físicos, turnos nocturnos— como desencadenante del consumo de sustancias como mecanismo de afrontamiento.

En el contexto específico del sector eléctrico, la combinación de alta exposición a riesgos físicos, responsabilidad por la continuidad del servicio, presión de rendimiento y jornadas con frecuente extensión horaria configura un entorno de particular vulnerabilidad. Francolino y Miller (2008) subrayan que el uso de alcohol o drogas por parte de los empleados no solo perjudica su salud, sino que impacta el proceso socio-productivo, el ambiente laboral y la calidad de vida del trabajador y su entorno familiar.

2.2 Marco Normativo Internacional e Institucional

Las Recomendaciones Prácticas de la OIT sobre el Tratamiento de las Cuestiones relacionadas con el Alcohol y las Drogas en el Lugar de Trabajo (1995) establecen el estándar de referencia internacional. Estos lineamientos proponen que las empresas implementen políticas integrales orientadas a: proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores; prevenir accidentes; promover la consulta y cooperación entre gobierno, empleadores y trabajadores; y establecer programas de apoyo que garanticen confidencialidad, no discriminación y enfoque no punitivo. La OIT es explícita al señalar que los problemas vinculados al consumo no solo afectan la salud del empleado, sino que pueden generar diversos inconvenientes en el rendimiento laboral, como la disminución de la productividad.

En Paraguay, el marco normativo incluye la Ley N.° 1340/88 sobre sustancias controladas y los lineamientos del MSPBS a través del Programa SUMAR y el Centro Nacional de Prevención y Tratamiento de Adicciones (CENPTRA). En el nivel institucional, la ANDE cuenta con una Política de Prevención de las Adicciones formalizada en 2005 (Resolución N.° 19.807) y un Manual de Procedimientos Generales, que establecen el marco de actuación para la detección, derivación y acompañamiento de casos. La evaluación de la implementación efectiva de esta política constituye uno de los aportes centrales de la presente investigación.

2.3 Etapas de Prevención y Modelo de Intervención

El modelo de intervención adoptado en el estudio integra las tres etapas clásicas de prevención en el campo de las adicciones (primaria, secundaria y terciaria) con los roles diferenciados de los actores institucionales: talento humano, médico ocupacional, psicólogo clínico, trabajo social y supervisores. La prevención primaria busca eliminar o modificar factores de riesgo; la secundaria apunta a la detección precoz y reducción de secuelas; y la terciaria se orienta a la rehabilitación y reinserción social y laboral. La articulación de estas tres etapas en un modelo integrado —con participación activa del trabajador, la familia y la institución— es la base conceptual del Programa PIPAR-SE propuesto en esta investigación..

3. Metodología

La investigación adoptó un enfoque mixto con predominio cualitativo, integrando un componente cuantitativo —encuesta con escala Likert aplicada a 423 funcionarios— con un componente cualitativo mediante entrevistas en profundidad a cuatro informantes clave (E1: profesional de RRHH; E2: técnico operativo; E3: representante gremial; E4: referente de políticas institucionales). El diseño fue no experimental de corte transversal y el alcance descriptivo. La delimitación temporal comprendió junio 2024 – octubre 2025, con sede en la ANDE de Asunción, Paraguay.

3.1 Participantes

La población estuvo constituida por aproximadamente 2.000 funcionarios de la ANDE. La muestra de 423 participantes fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, con distribución equilibrada por sexo (hombres 51,1%; mujeres 48,9%) y amplia cobertura de trayectorias institucionales: el 66,7% cuenta con más de 10 años de antigüedad, lo que otorga alto valor interpretativo a las percepciones recogidas. El grupo etario predominante fue el de 45 a 54 años (34,1%), seguido del de 35 a 44 años (30,0%). Por tipo de puesto, el 55,1% pertenece al estamento administrativo y el 22,2% a jefaturas.

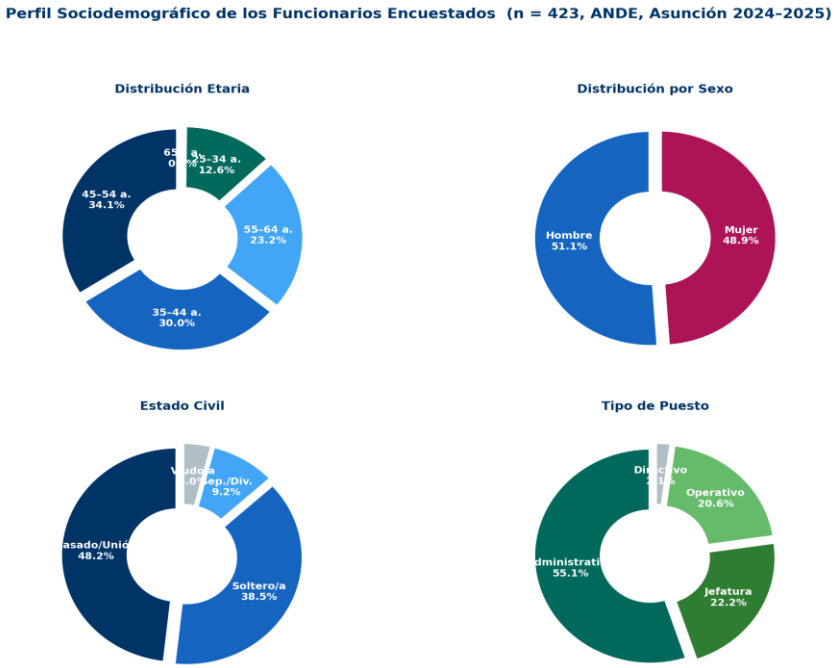


Figura 1. Perfil sociodemográfico de los funcionarios encuestados (n = 423, ANDE, Asunción 2024–2025).

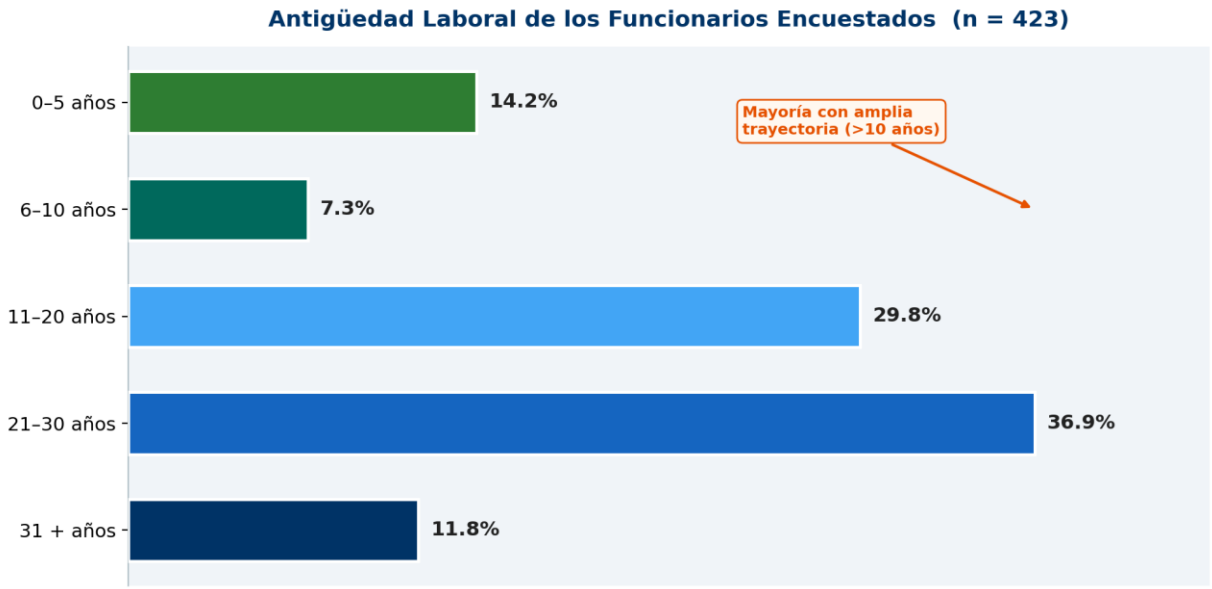


Figura 2. Distribución de funcionarios por antigüedad laboral en la institución (n = 423).

3.2 Instrumentos

El instrumento cuantitativo fue un cuestionario estructurado de 38 ítems distribuidos en cinco secciones: datos demográficos (Sección 1), barreras de acceso (Sección 2), gestión y políticas institucionales (Sección 3), liderazgo y comunicación (Sección 4), y buenas prácticas e innovaciones (Sección 5). Las preguntas de percepción utilizan escala Likert de cinco puntos (1 = Totalmente en desacuerdo; 5 = Totalmente de acuerdo). El instrumento cualitativo fue una guía de entrevista semiestructurada articulada en torno a cinco dimensiones: valoración del programa actual, avances identificados, retrocesos y debilidades, acompañamiento y rehabilitación, y propuestas de mejora.

3.3 Análisis de Datos

Los datos cuantitativos fueron procesados mediante análisis estadístico descriptivo (frecuencias absolutas y relativas, frecuencias acumuladas) y análisis inferencial mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2), con nivel de significación $\alpha = 0{,}05$. Se calcularon los coeficientes de efecto Phi (φ) para tablas 2×2 y V de Cramér para tablas de mayor dimensión, verificando en todos los casos el supuesto de frecuencias esperadas mínimas ≥ 5. Los datos cualitativos fueron analizados mediante análisis de contenido temático por dimensiones, identificando convergencias y divergencias entre los informantes. La integración de ambos componentes se realizó mediante triangulación convergente.

Tabla 1. Variables de investigación y estructura metodológica

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Indicadores / Dimensiones
Barreras de acceso al programa	Cuantitativa	Obstáculos institucionales, culturales e individuales que impiden la participación en programas (OIT, 1996)	Estigma (P10); temor sanciones (P11); confidencialidad (P14); horarios (P13)
Gestión y políticas institucionales	Cuantitativa	Percepción sobre la existencia, comunicación y efectividad de las políticas (ANDE, 2005)	Conocimiento (P17); comunicación (P18); efectividad (P21)
Liderazgo y supervisión	Cuantitativa	Rol de los mandos medios en la detección y acompañamiento de casos (OMS/OIT)	Tolerancia cero (P30); capacitación supervisores (P31); retroalimentación (P32)
Buenas prácticas y ampliación	Mixta	Apertura a innovaciones internacionales y extensión del programa (Francolino & Miller, 2008)	Alianzas externas (P38); salud mental (P37); extensión familiar (P36)

Nota: OIT = Organización Internacional del Trabajo. MSPyBS = Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

4. Resultados

4.1 Percepciones sobre Barreras de Acceso al Programa

Las barreras de acceso al programa de prevención y tratamiento son percibidas como un obstáculo real y significativo por la mayoría de los encuestados. La Figura 3 presenta los porcentajes de acuerdo sobre los seis ítems de la Sección 2:

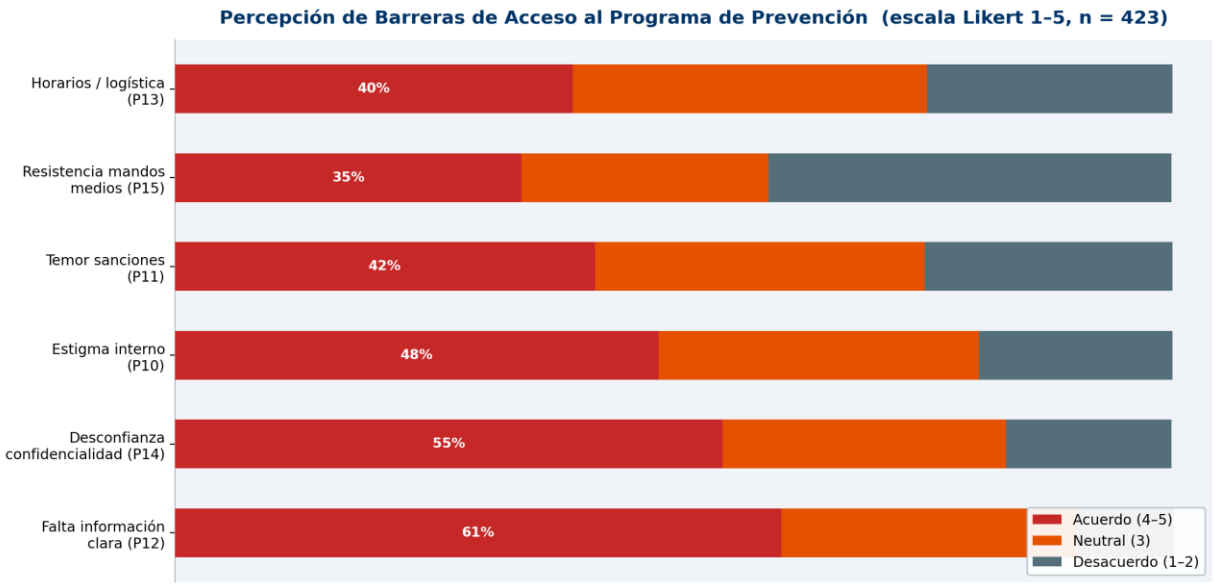


Figura 3. Percepción de barreras de acceso al programa de prevención (escala Likert 1–5, n = 423).

El ítem con mayor consenso de acuerdo corresponde a la falta de información clara sobre políticas y beneficios (P12: 60,8% de acuerdo), seguido de la desconfianza en la confidencialidad (P14: 54,9%). Ambos resultados son convergentes con los testimonios cualitativos: la entrevistada E1 señaló que la principal limitación en el acompañamiento de casos era que la internación debía ser voluntaria y muchas veces el funcionario no aceptaba el tratamiento, mientras que E3 (representante gremial) propuso un procedimiento con tres pilares: confidencialidad estricta, participación sindical cuando el trabajador lo autorice y garantías de no represalia laboral.

Tabla 2. Síntesis de barreras identificadas por dimensión y estrategia propuesta

Nivel	Barrera	Manifestación (síntesis entrevistas)	Estrategia propuesta
Individual	Voluntariedad del tratamiento	La internación debe ser voluntaria; muchos no aceptan el diagnóstico	Intervención motivacional; entrevistas de detección temprana
Individual	Negación y estigma	Miedo a la estigmatización lleva a ocultar el problema	Campañas desestigmatización; lenguaje de salud, no disciplinario
Individual	Miedo a perder el empleo	Temor a consecuencias disciplinarias inhibe la búsqueda de ayuda	Garantías formales de no represalia; confidencialidad explícita
Familiar	Ausencia / co-adicción familiar	Familia no acompaña o forma parte del problema	Extensión del programa a familiares; grupos de apoyo familiar
Institucional	Falta de personal	Escasez de profesionales capacitados en adicciones	Creación de Unidad Especializada en Salud Psicosocial
Institucional	Cobertura horaria	Turnos rotativos dificultan adherencia al tratamiento	Horarios flexibles; atención virtual; permiso remunerado

Nota: Las barreras individuales e institucionales tienen carácter acumulativo y se refuerzan mutuamente. Elaboración propia en base a entrevistas y encuesta (2025).

4.2 Gestión y Políticas Institucionales

La Figura 4 presenta el perfil radar de las percepciones sobre la dimensión de gestión y políticas institucionales. Se observa que todos los ítems se ubican por debajo del umbral del 50%, según los resultados sugieren una brecha percibida. El ítem con mayor valoración positiva fue la disposición a buscar apoyo del programa si fuera necesario (P23: 56,3% de acuerdo), mientras los ítems relacionados con la efectividad percibida (P21: 30,7%) y la claridad comunicacional (P18: 30,3%) presentaron los valores más bajos.

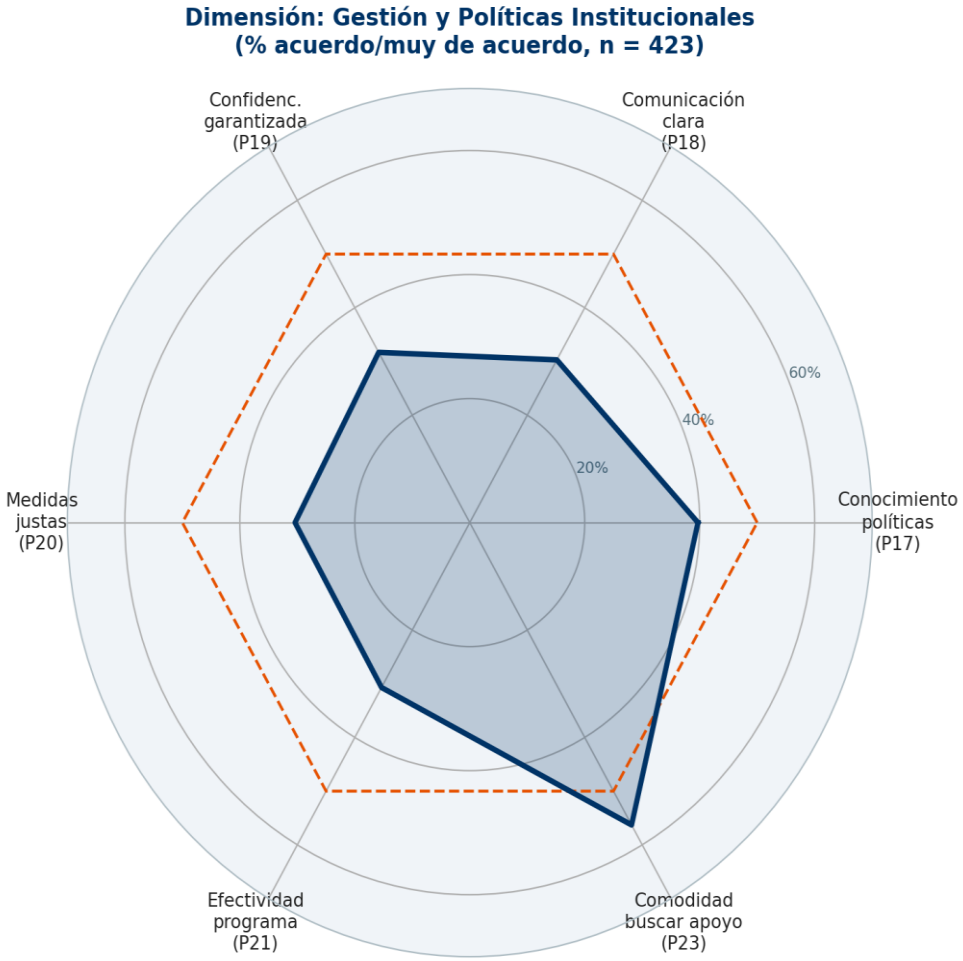


Figura 4. Dimensión Gestión y Políticas Institucionales (% acuerdo/muy de acuerdo, n = 423).

Desde el componente cualitativo, los informantes coincidieron en que el programa —en sus inicios sólido— fue perdiendo impulso institucional con el tiempo. E1 señaló: en sus inicios tuvo mucho impacto por el acompañamiento que se tuvo de la consultoría externa, además del excelente plantel profesional. E4 fue categórico al afirmar: se podría trabajar más la Prevención, mucha debilidad. Esta dinámica de deterioro progresivo es coherente con el hallazgo cuantitativo de que solo el 30,7% valora positivamente la efectividad del programa.

4.3 Liderazgo y Comunicación Interna

La dimensión de liderazgo y comunicación interna revela en la Figura 5 muestra que solo el 14,2% de los funcionarios percibe que los supervisores reciben capacitación para identificar y acompañar casos (P31), y apenas el 14,7% declara recibir retroalimentación periódica sobre seguridad y riesgos del consumo (P32). Estos dos ítems presentan los valores más bajos del instrumento.

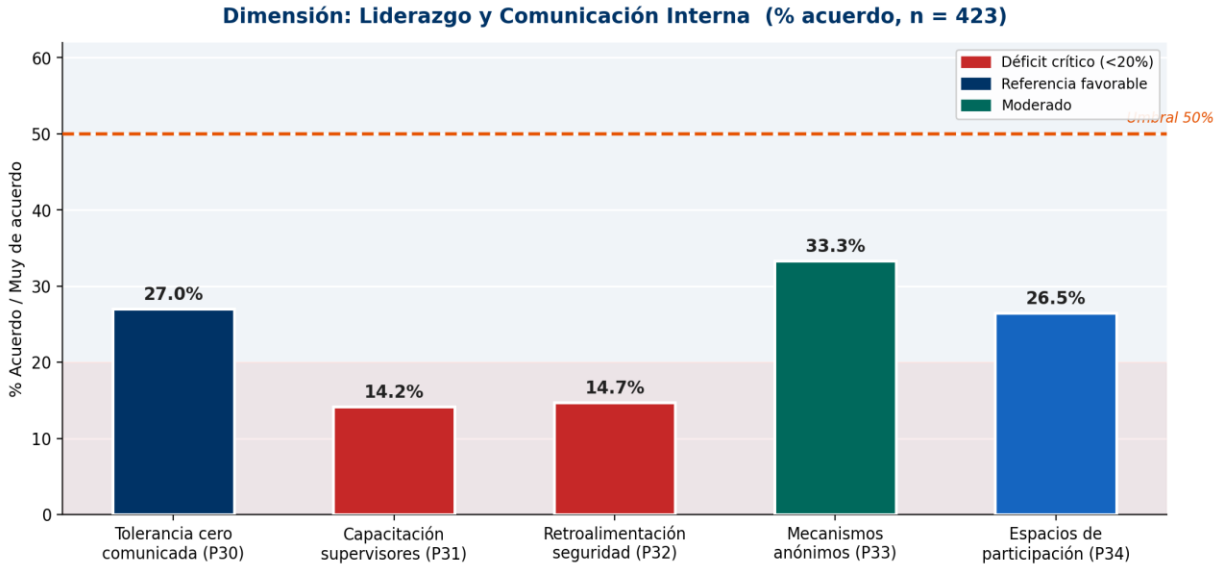


Figura 5. Dimensión Liderazgo y Comunicación Interna (% acuerdo/muy de acuerdo, n = 423).

La relevancia de este hallazgo se amplifica al articularse con la comprobación estadística: el contraste Chi-cuadrado entre P31 (capacitación de supervisores) y P32 (retroalimentación sobre seguridad) produjo el estadístico más elevado de toda la investigación ($\chi^2 = 175{,}89$; $\varphi = 0{,}646$), indicando una asociación robusta de tamaño grande. Entre quienes perciben que los supervisores reciben capacitación, el 64,0% también reporta recibir retroalimentación sobre riesgos; en contraste, entre quienes no perciben tal capacitación, solo el 5,0% declara recibirla. La brecha de 59 puntos porcentuales es el hallazgo cuantitativo más crítico de la investigación.

4.4 Apertura a Buenas Prácticas Internacionales

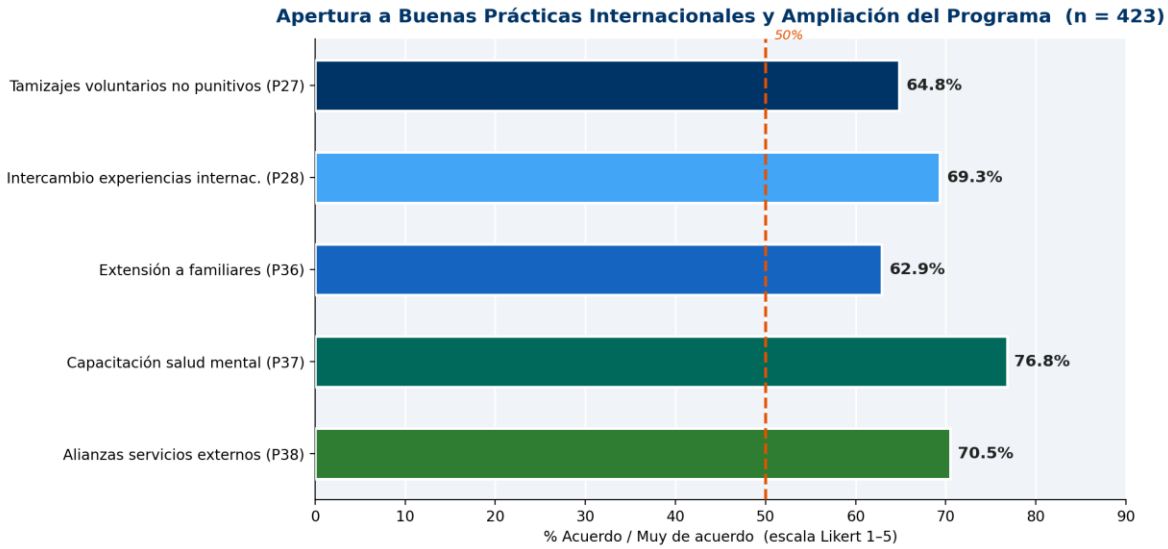


Figura 6. Apertura a Buenas Prácticas Internacionales y Ampliación del Programa (n = 423).

Los ítems de la Sección 5 revelan una apertura amplia y consistente hacia la innovación y la ampliación del programa. La capacitación en salud mental y manejo del estrés (P37) fue respaldada por el 76,8% de los encuestados, configurando el porcentaje de acuerdo más alto del instrumento. Asimismo, las alianzas con servicios externos especializados (P38) y el intercambio de experiencias internacionales (P28) obtuvieron niveles de acuerdo del 70,5% y 69,3%, respectivamente.

4.5 Comprobación Estadística de Hipótesis

Se realizaron cinco pruebas Chi-cuadrado de Pearson para evaluar la existencia de asociaciones entre variables clave del programa. En todos los casos se rechazó la hipótesis nula (H0: independencia entre variables), con valores de $p < 0{,}001$ muy por debajo del umbral $\alpha = 0{,}05$. La Tabla 3 y la Figura 7 presentan los resultados de forma comparativa:

Tabla 3. Resumen de resultados — Prueba Chi-cuadrado de Pearson (n = 423, α = 0,05)

N°	Par de variables cruzadas	χ^2	gl	p-valor	Efecto	Decisión
1	Conocimiento políticas (P17) × Comunicación clara (P18)	73,49	2	<0,001	V=0,417	✓ Rechazar H0
2	Liderazgo tolerancia cero (P30) × Efectividad programa (P21)	25,99	1	<0,001	φ=0,248	✓ Rechazar H0
3	Permisos remunerados (P22) × Disposición a solicitar apoyo (P23)	86,68	1	<0,001	φ=0,453	✓ Rechazar H0
4	Capacitación supervisores (P31) × Retroalimentación seguridad (P32)	175,89	1	<0,001	φ=0,646	✓ Rechazar H0
5	Capacitación salud mental (P37) × Extensión a familiares (P36)	105,83	1	<0,001	φ=0,500	✓ Rechazar H0

Nota: gl = grados de libertad; φ = coeficiente Phi; V = V de Cramér. En todos los casos p < 0,001. ✓= Se rechaza H0.

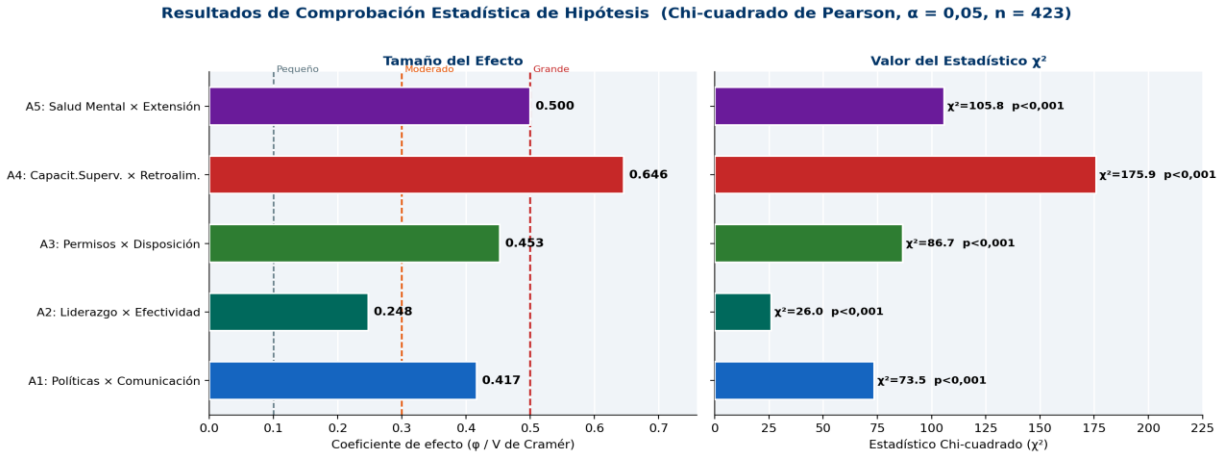


Figura 7. Tamaño del efecto (φ / V de Cramér) y estadístico χ^2 para los cinco contrastes de hipótesis.

La declaración final de la hipótesis concluye que el Programa de Consumo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas de la ANDE tiene un impacto significativo y diferenciado según dimensiones clave: el mayor efecto corresponde a la articulación entre capacitación de supervisores y retroalimentación sobre seguridad (φ = 0,646), mientras el menor efecto corresponde al liderazgo con tolerancia cero y efectividad percibida (φ = 0,248). Esta variabilidad señala que el impacto del programa no es homogéneo, sino que está condicionado por la calidad del liderazgo intermedio, la efectividad comunicacional y la garantía de protección económica durante el tratamiento.

5. Discusión

Los hallazgos de esta investigación son coherentes con la evidencia internacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral. La brecha identificada entre la existencia formal del programa y su implementación efectiva reproduce el patrón documentado por la OIT (1995) para países en desarrollo: la existencia de políticas no garantiza per se su apropiación institucional ni su impacto en la conducta de los trabajadores, en los testimonios cualitativos como en el bajo nivel de efectividad percibida (30,7%)— es consistente con las advertencias de la literatura sobre la necesidad de programas permanentes y sostenidos, y no de intervenciones aisladas o dependientes de actores individuales.

El hallazgo central sobre el liderazgo de los mandos medios (χ^2 = 175,89; φ = 0,646) es particularmente relevante para la gestión institucional. La literatura internacional en salud ocupacional identifica de manera consistente a los supervisores directos como la interfaz crítica entre la política institucional y la práctica cotidiana. Cuando los mandos medios no reciben capacitación, no transmiten retroalimentación sobre riesgos y no actúan como facilitadores sino como obstáculos — percepción expresada por el 34,7% de los encuestados en P15—, toda la cadena de prevención se debilita.

La elevada disposición favorable hacia la extensión del programa a familiares (62,9%) y la capacitación en salud mental (76,8%) es coherente con los modelos de bienestar integral adoptados en países de referencia. La Organización Mundial de la Salud reconoce que las familias son un componente esencial del sistema de apoyo y prevención, y que los programas que las incluyen presentan mejores resultados de adhesión terapéutica y prevención de recaídas. Este hallazgo ofrece una vía de intervención ampliamente aceptada, de bajo costo relativo y de alto potencial de impacto.

Una limitación metodológica del estudio es el sesgo de selección inherente al muestreo por conveniencia y la alta concentración en turno diurno (98,6%), lo que puede subestimar las percepciones de trabajadores de turnos nocturnos o rotativos, cuya vulnerabilidad al consumo es documentalmente mayor. Futuros estudios deberían incorporar muestreos estratificados y diseños longitudinales que permitan evaluar el impacto de las intervenciones a lo largo del tiempo.

6. Conclusiones

La investigación permitió concluir que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la ANDE constituye una problemática compleja, multidimensional y asociada a condiciones estructurales del entorno laboral, no reducible a conductas individuales aisladas. Los principales hallazgos se articulan en torno a seis conclusiones sustantivas:

Primera: la hipótesis de investigación quedó estadísticamente comprobada en las cinco dimensiones analizadas ($p < 0,001$ en todos los contrastes), confirmando que el programa tiene impacto significativo en la calidad de vida, la seguridad y el desempeño laboral, si bien ese impacto es diferenciado según la dimensión analizada.

Segunda: la brecha entre la existencia formal de políticas y su implementación efectiva constituye un punto central del programa. El programa nació sólido en 2004 pero con el tiempo fue perdiendo un poco de impulso institucional, evidenciando la necesidad de mecanismos de evaluación y renovación continuos.

Tercera: la capacitación de los supervisores de mandos medios emerge como el factor de mayor impacto estadístico del estudio ($\varphi = 0,646$). Su ausencia constituye la barrera más crítica identificada, dado que los mandos medios son la interfaz entre la política y la práctica cotidiana.

Cuarta: la desconfianza en la confidencialidad y el temor a sanciones son barreras culturales suelen inhibir la búsqueda voluntaria de ayuda. El fortalecimiento de la cultura organizacional con un enfoque integral en salud psicosocial laboral y acompañamiento— es una condición estructural para la efectividad del programa.

Quinta: existe una apertura institucional amplia hacia la innovación en el programa, particularmente en torno a la capacitación en salud mental (76,8% de acuerdo) y las alianzas con servicios externos (70,5%). Estas dimensiones representan las vías de intervención más consensuadas y de mayor potencial de impacto.

Sexta: el estudio genera la primera línea de base empírica sistematizada sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el sector eléctrico paraguayo, cubriendo un vacío de conocimiento significativo y aportando insumos concretos para la reformulación del programa institucional y el diseño de políticas nacionales.

7. Recomendaciones y Propuesta: PIPAR-SE

A partir de los hallazgos, se propone el Programa Integral de Prevención, Atención y Reinserción Laboral frente al Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Sector Eléctrico (PIPAR-SE), articulado en seis componentes estratégicos y tres fases de implementación. La Figura 8 ilustra la arquitectura del modelo:

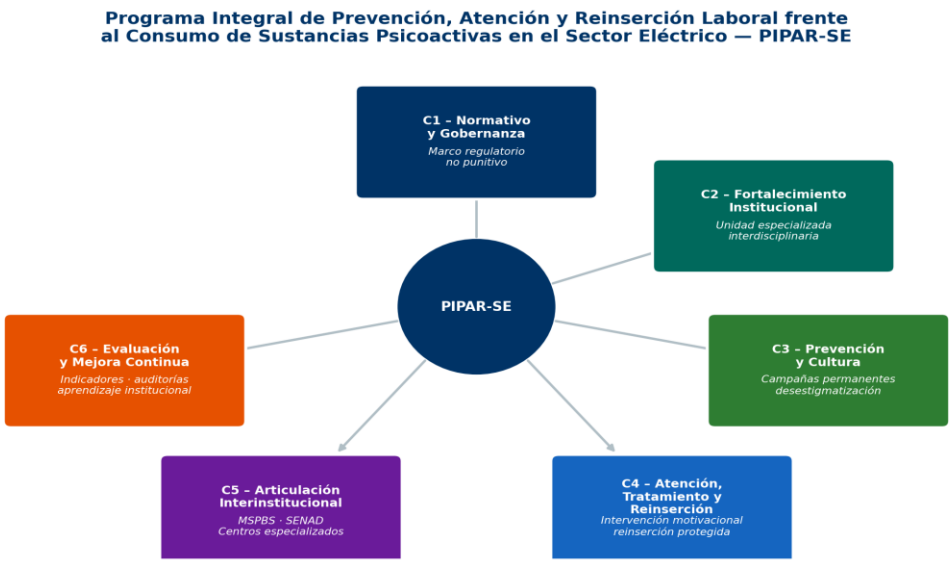


Figura 8. Arquitectura del Programa PIPAR-SE: seis componentes estratégicos para el sector eléctrico paraguayo.

Tabla 4. Recomendaciones diferenciadas por área de acción, actor responsable y horizonte temporal

Área de acción	Recomendación	Actor responsable	Horizonte
Política institucional	Actualización integral bajo enfoque biopsicosocial; incorporar principios de confidencialidad, no discriminación y no punitividad	ANDE – RRHH / Presidencia	Corto plazo (<6 m)
Talento humano	Reingeniería del equipo: conformar Unidad Especializada interdisciplinaria (psicólogos, trabajadores sociales, médicos ocupacionales)	ANDE – RRHH	Corto-mediano plazo
Prevención	Campañas permanentes desestigmatización; programas de bienestar y manejo del estrés; capacitación de mandos medios para detección temprana	ANDE + SENAD + MSPyBS	Mediano plazo (<18 m)
Atención y reinserción	Fortalecer ciclo: detección → derivación → tratamiento → seguimiento → reinserción laboral protegida; incluir familia	ANDE + Centros espec.	Mediano-largo plazo
Articulación interinstitucional	Alianzas con MSPBS, SENAD, CENPTRA, DITRES, organizaciones de la sociedad civil	ANDE + Estado	Mediano plazo
Marco normativo nacional	Impulsar proyecto de Ley de Prevención del Consumo en el Ámbito Laboral (PIPAR-SE como insumo)	Congreso / Poder Ejecutivo	Largo plazo

Nota: SENAD = Secretaría Nacional Antidrogas; MSPyBS = Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; CENPTRA = Centro Nacional de Prevención y Tratamiento de Adicciones. Elaboración propia (2025).

La implementación del PIPAR-SE se prevé en tres fases: Fase 1 — Diagnóstico y Planificación (0–6 meses): revisión normativa, diseño de protocolos, conformación de equipos; Fase 2 — Implementación Piloto (6–18 meses): aplicación en sede central, evaluación de resultados; Fase 3 — Escalamiento (18–36 meses): expansión a nivel nacional, ajustes y consolidación. Los indicadores de evaluación incluirán reducción del ausentismo, disminución de accidentes, incremento en la adherencia a tratamientos y mejora en la percepción del clima organizacional. En el plano normativo, se propone un Proyecto de Ley de Prevención, Atención y Control del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral para

Paraguay, alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente el ODS 3 (salud y bienestar) y el ODS 8 (trabajo decente).

Referencias

Administración Nacional de Electricidad (ANDE). (2005). Política de Prevención de las Adicciones (Resolución Presidencia N.º 19.807). ANDE.

Administración Nacional de Electricidad (ANDE). (2024). Manual de Políticas – Política de Gestión del Talento Humano (Resolución Presidencia N.º 48.869). ANDE.

Ahumada Cortez, J. G., Gámez Medina, M. E., & Valdez Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. Ra Ximhai, 13(2), 13–24.

Astrês Fernandes, M., Alves de Alencar Ribeiro, A., Brandim de Mesquita Alencar, N. M., Pereira Ribeiro, Í. A., & Castelo Branco de Oliveira, A. L. (2021). Factores laborales y consumo psicotrópico entre trabajadores de la salud de Centros de Atención Psicosocial. Revista Cubana de Enfermería, 37(2).

Becerra, R. (1999). Drogas, ética y política. Editora Social.

Francolino, C., & Miller, C. (2008). Formadores en prevención laboral en drogodependencia. Fundación Mapfre.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Izquierdo, C. (1992). Drogodependencias en el ámbito laboral. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.

Ochoa, M., et al. (2008). Intervención profesional en adicciones en el ámbito laboral. Revista de Trabajo Social y Salud, 59, 45–63.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1995). Recomendaciones prácticas sobre el tratamiento de las cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. OIT.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1996). La gestión de las cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. OIT.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Substance use in the workplace: A practical guide for employers. WHO.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2026). Sustancias psicoactivas en el ámbito laboral: Marco regional de acción. OPS.

Quatrocchi, P. (2008). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en el trabajo. Revista Iberoamericana de Salud Laboral, 4(1), 12–25.

Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD) / Observatorio Paraguayo de Drogas (OPD). (2022). Informe sobre consumo de sustancias psicoactivas en Paraguay. SENAD.

Siegel, S., & Castellan, N. J. (2004). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta (4.ª ed.). Trillas.

Silva, N., et al. (2018). Adicciones en el ámbito laboral: perspectivas de análisis e intervención. Revista Latinoamericana de Salud Ocupacional, 7(2), 34–52.

Declaraciones

Aprobación ética: los autores declaran haber cumplido con los requisitos éticos aplicables a la investigación, con la aprobación o autorización de las instancias competentes para su realización. Esta información fue declarada por los autores durante el proceso de envío del manuscrito.

Consentimiento informado: Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

Contribución de autoría (CRediT):

- Karina Addel Arza de Gómez: conceptualización, investigación, curación de datos, redacción del borrador original, revisión y edición.
- Derliz O. Cabrera C.: metodología y análisis formal.

Disponibilidad de datos: Los datos que sustentan los resultados de este estudio están disponibles previa solicitud razonable a la autora de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial: los autores declaran haber utilizado herramientas de inteligencia artificial durante la preparación del manuscrito exclusivamente para tareas de apoyo a la redacción y revisión lingüística. Su utilización no sustituyó la autoría intelectual, el análisis ni la interpretación de los resultados. Los autores revisaron y validaron el contenido final y asume plena responsabilidad por el manuscrito.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses, ya sea de carácter financiero, personal, institucional o de cualquier otra índole, que pudiera haber influido en los resultados, interpretación o conclusiones del presente estudio.

Financiamiento: La investigación fue financiada con recursos propios de los autores y no recibió financiamiento externo.