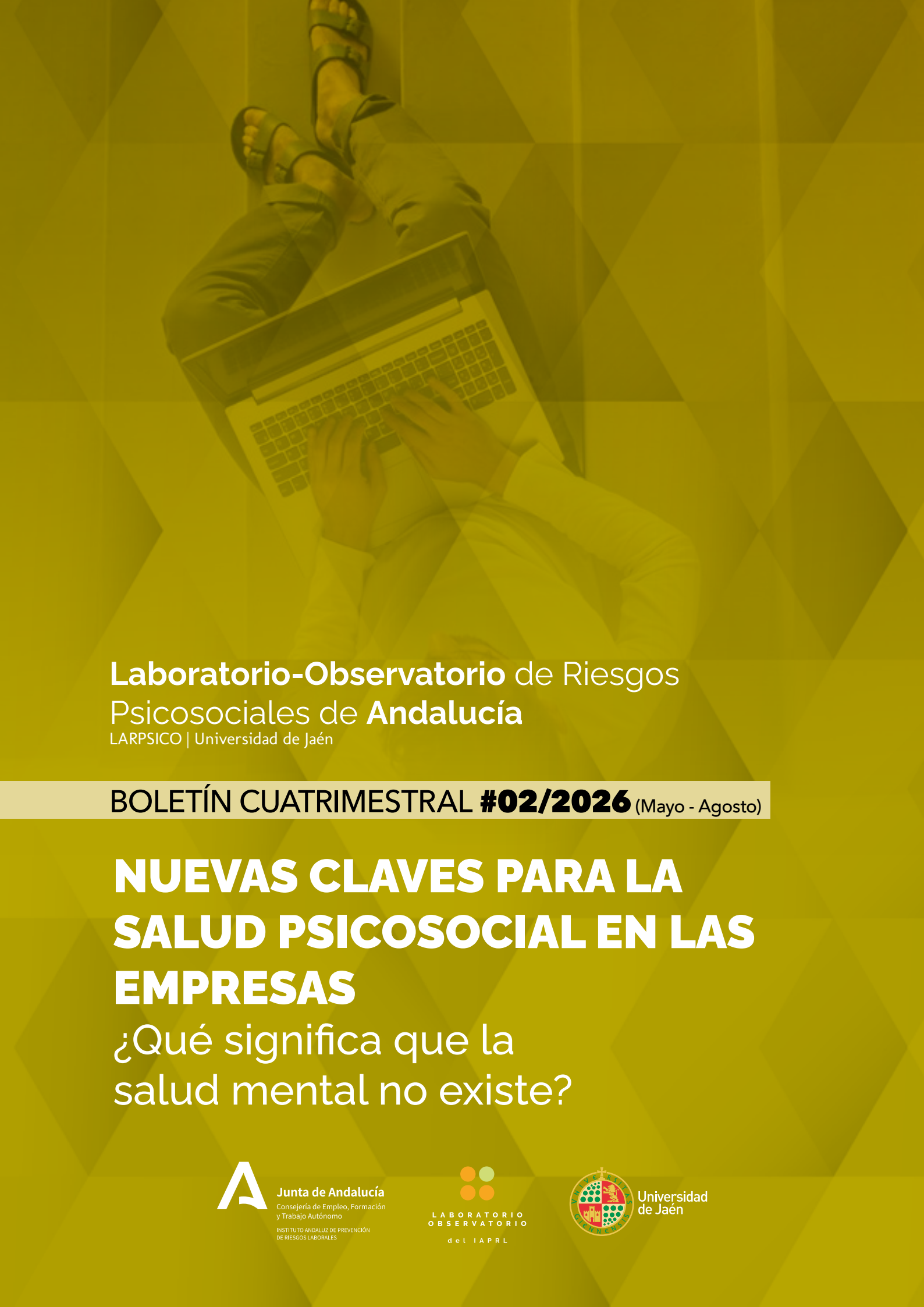




**Laboratorio-Observatorio** de Riesgos  
Psicosociales de **Andalucía**  
LARPSICO | Universidad de Jaén

**BOLETÍN CUATRIMESTRAL #02/2026** (Mayo - Agosto)

# **NUEVAS CLAVES PARA LA SALUD PSICOSOCIAL EN LAS EMPRESAS**

¿Qué significa que la  
salud mental no existe?



Junta de Andalucía  
Consejería de Empleo, Formación  
y Trabajo Autónomo  
INSTITUTO ANDALUZ DE PREVENCIÓN  
DE RIESGOS LABORALES



Universidad  
de Jaén

## NUEVAS CLAVES PARA LA SALUD PSICOSOCIAL EN LAS EMPRESAS

¿Qué significa que la salud mental no existe?

### #Editorial

¿Qué significa que "la salud mental no existe" ?:  
Llamada a la gestión colectiva vs. individual  
de los riesgos psicosociales laborales

Cristóbal Molina Navarrete

### #Artículo científico-técnico

El síndrome de desgaste profesional (burnout) como  
cancerígeno: nueva dimensión de morbilidad de los  
riesgos psicosociales laborales

Molina Navarrete, Cristóbal

Rivas Vallejo, Pilar

Extremera Méndez, Francisco

### #Actualidad Preventiva

La protección frente a la violencia  
y el acoso en la nueva regulación del trabajo artístico  
y técnico: la coordinación de intimidad

Equipo de investigación LARPSICO

### #Observatorio Comunitario e Internacional

La EU-OSHA publica nuevo informe sobre  
Prevención de riesgos psicosociales en Europa:  
estrategias, legislación y lecciones de la práctica

Equipo de investigación LARPSICO

### #Buenas prácticas

La política negociada de bienestar psicosocial  
en el trabajo de las camareras de piso de la  
cadena MarSENSES

## ¿Qué significa que “la salud mental no existe”?: Llamada a la gestión colectiva vs. individual de los riesgos psicosociales laborales

< Cristóbal Molina Navarrete

Catedrático de Derecho del Trabajo y de Seguridad Social  
Universidad de Jaén  
Director Académico del LARPSICO

**1. La artificialidad de diferenciar entre “salud física” y “salud mental” fue asumida por la OMS hace mucho tiempo: Una sola salud.** Como es archisabido, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basa en una serie de **principios** que orientan la misión y la actuación de la Organización y de los Estados que participan de ella, destacando dos entre todos ellos:



*La salud es un **estado de completo bienestar físico, mental y social**, no solo la ausencia de enfermedades.*

*El **goce del grado máximo de salud posible es un derecho fundamental** de todas las personas, sin distinción personal ni socioeconómica.*

En coherencia con este doble entendimiento del derecho humano a la salud, la OIT, para el ámbito laboral, considera la garantía efectiva de un entorno de trabajo saludable como un derecho humano fundamental, identificándolo con un estado de equilibrio psicofísico y social, esto es, de bienestar integral. Los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) número 3 (salud y bienestar) y número 8 (crecimiento integralmente sostenible) son inequívocos al

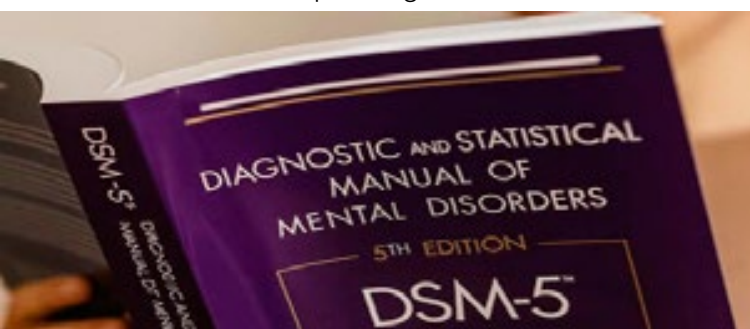
respecto en torno a su validez actual y a la necesidad de seguir impulsando y mejorando esta visión integral. Justamente, tras un largo tiempo de predominio del enfoque de protección de la salud física, es decir, frente a las patologías o enfermedades del “cuerpo”, hace unos años que está en el centro de los debates, las normas y las políticas la integración también de la protección de la salud mental, esto es, de las afecciones y patologías de la “mente”.

En realidad, tampoco esta búsqueda del equilibrio entre el cuerpo y la mente es tan novedosa, está presente la cultura clásica grecorromana y se traduce en el muy conocido lema: “*mens sana in corpore sano*”. Esto es, el cuerpo (el estatuto o la condición biológica de la persona) y la mente (el estatuto espiritual o conjunto de conductas y emociones de la persona) no pueden separarse, las afecciones propias del primero repercuten en la segunda y viceversa. En suma, como reza el actual paradigma de salud de la OMS: **no hay más que una sola salud** humana, animal y planetaria y la humana no puede entenderse sin ese equilibrio físico y psicosocial, es decir, sin garantizar un estatuto o condiciones de bienestar integral en cada uno de sus entornos, por supuesto, incluido especialmente el laboral.

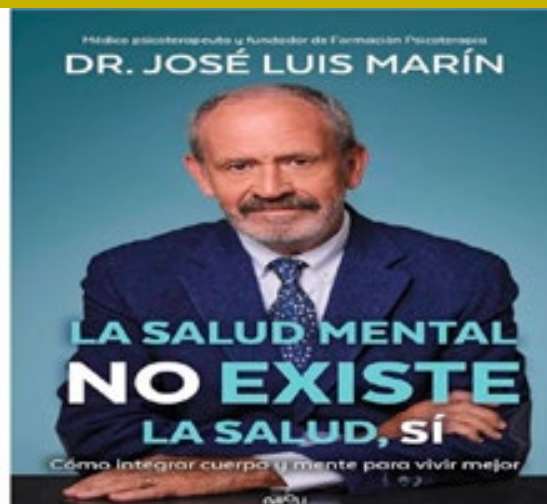
**2. ¿La ley del péndulo?: el exceso de psicologización y/o psiquiatrización de la vida cotidiana de las personas, también en el trabajo.** Sin embargo, como una típica reacción pendular, en los últimos años, pareciera que en la vida diaria no hay más que “trastornos de salud mental”, dentro y fuera del trabajo. Mucha “culpa” (o responsabilidad) en ello la ha

tenido la dominante influencia del denominado DSM (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría -APA-), desde su tercera edición (1980), si bien progresivamente se fue radicalizando, con el **DSM 5 (TR)**, el actual. Representa la principal referencia para la clasificación y diagnóstico de "trastornos mentales". Ofrece criterios detallados para que la persona profesional de la salud mental clasifique los diversos "estados mentales" de las personas. Por eso, términos como "ansiedad", "depresión" dominan el lenguaje y la práctica psicológica.

En este paradigma, lo importante no es tanto analizar el origen o causa del "malestar" de la persona sino etiquetar su trastorno psicológico para poder tratarlo clínicamente, tanto psicológica como farmacológicamente. De ahí el protagonismo de los psicofármacos. Pues bien, aunque el DSM-5 no ha sido retirado oficialmente y continúa siendo la referencia clínica vigente, este año (2026) se ha presentado un **nuevo modelo "diagnóstico" psíquico o relativo al bienestar emocional: (HiTOP) (Taxonomía Jerárquica de Psicopatología)**. Dejando de lado la pugna corporativa entre sociedades de tipo profesional, se trata de una propuesta de comprensión multidimensional de los problemas de salud mental que cuestiona las etiquetas tradicionales para entender los trastornos psicológicos.



No todas las opiniones profesionales coinciden. Para un sector, las nuevas corrientes críticas no suponen un cambio radical respecto del modelo existente, sino que introducen correcciones o mejoras para **integrar** un tratamiento más eficaz. Sin embargo, para otros análisis, se trata de un **"Adiós al DSM-5"**. Su mantra es que **"la salud mental no existe"** (Dr. **José Luis Marín**, presidente de honor de la Sociedad Española de Psicoterapia).



Ni la ansiedad ni la depresión serían trastornos, sino síntomas, así como la fiebre, o el dolor, no son enfermedades, sino respuestas biológicas ante una afección, la ansiedad sería la respuesta adaptativa (o desadaptativa, en el caso del burnout) del organismo ante el miedo, angustia o sufrimiento por factores tangibles de su existencia (personal, familiar, laboral...). El DSM habría mutado los síntomas en diagnósticos clínicos y estos, a su vez, en mercados (clínicos y farmacológicos), con la complicidad de la medicina y la psicología. En suma, los problemas de salud mental devienen trastornos inventados (artificiales) basándose no en ciencia, sino en intereses comerciales y "mitos cientificistas", como el "desequilibrio químico" (las modificaciones neuronales pretendidamente justificativas no son la causa de la afección, sino su consecuencia).

La ansiedad y la depresión reflejan la respuesta que cada persona da a sus miedos y sufrimientos en sociedades que, siguiendo la construcción del filósofo Byung-chul (**sociedad del cansancio**), maximiza el rendimiento productivista y la positividad (todo es posible). Decir que se tiene miedo o que se sufre es reconocer un fracaso, en cambio, afirmar que se tiene ansiedad y/o depresión es identificarse con un diagnóstico clínico, individualizando el sufrimiento y aislándolo de su contexto o entorno, al tratarse de una enfermedad. En consecuencia, un problema de raíz político-social, colectiva, mutaría en otro personal clínicamente tratable. Hay que regresar, pues, a investigar la causa del miedo, del sufrimiento y/o dolor: su hipoteca, su falta -o exceso- de expectativas, su trabajo, sus relaciones de pareja o familiares, etc. La respuesta no está en la química ("mito del cambio químico": "el mito de la serotonina") sino en el historial global de la persona.

Lo real es el sufrimiento y sus causas objetivas. Pero no es una enfermedad mental, no tiene su sede en el cerebro y sí su tratamiento no pasa principalmente por la farmacología crónica. La respuesta está en indagar y corregir la causa, que, sin duda, no tendrá la misma dimensión para todas las personas, variando según las circunstancias de cada cual. El exceso de psiquiatrización del sufrimiento tiene proyecciones en todos los ámbitos. Piénsese en lo usual de hablar de la "depresión postvacacional" o "**estrés postvacacional**", o, más recientemente, el éxito del concepto psicológico de "ecoansiedad". Se define como un estado de **temor crónico a la destrucción ambiental o al colapso ecológico**. Ahora bien, no es una patología clínica en los términos del citado DSM-5.

En suma, no habría una salud mental y una salud física, tan solo existiría una salud, donde las condiciones biológicas, los estados emocionales y los contextos o entornos sociales en los que la vida de las personas se desenvuelve a diario están profundamente entrelazados y son inescindibles. Ignorarlo es negar la capacidad de proteger y promover los estados de salud-bienestar psicosocial de las personas en sus entornos de vida para limitarse solo a reparaciones parciales y temporales ("no se cura a la persona, solo se reparan algunas de sus piezas").

### 3. ¿Qué aporta esta visión de psicología crítica para la gestión preventiva de los riesgos psicosociales y la promoción de la salud mental en los entornos de trabajo?

Sea como fuere, este nuevo modelo propone una mirada más amplia al contemplar la trayectoria de vida y el contexto social del paciente, además de incorporar variables como la perspectiva de género y otros factores culturales que influyen en la salud como estado de bienestar integral. Se pasaría, así, de una psicología del déficit neuronal a una psicología de la conducta adaptativa.

Dada la importancia actual de los factores de riesgo psicosocial laborales, así como de la promoción de la salud mental en el trabajo, podría pensarse con toda razón en que este nuevo enfoque también incidiría en el modo de comprender estas dimensiones del derecho a un entorno seguro y saludable de trabajo. Al respecto, es manifiesto que en modo alguno pone en entredicho su centralidad, al contrario, la intensifica, porque reclama un mayor protagonismo de las causas y entornos, en nuestro caso, del trabajo. Frente a los excesos de psicologización e individualismo en el modo de afrontar la gestión de riesgos psicosociales presentes en la práctica mayoritaria actual en la materia, esa nueva corriente proclamaría el protagonismo de la acción colectiva y la investigación, y corrección, de los factores organizativos y socioeconómicos que están en la causa de las sintomatologías (que no trastornos propiamente) de ansiedad, estrés y depresión de las personas trabajadoras. Por lo tanto, se pone de relieve una visión más integral de la salud como bienestar integral y se reclama la necesaria acción dialógica y organizacional, colectiva.

# #Artículo científico-técnico

## El síndrome de desgaste profesional (burnout) como cancerígeno: nueva dimensión de morbilidad de los riesgos psicosociales laborales

< Molina Navarrete, Cristóbal

Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.  
Universidad de Jaén

< Rivas Vallejo, Pilar

Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.  
Universidad de Barcelona

< Extremera Méndez, Francisco

Contratado Predoctoral -Beca FPU-.  
Universidad de Jaén



**S.T.O.P.  
CARCINOGENS  
AT WORK**

**Extracto:** Según la EU-OSHA, el cáncer laboral es el principal problema de salud laboral de la Unión Europea. Usualmente se vincula a la exposición a sustancias químicas, pero estudios innovadores muestran su conexión con procesos de estrés laboral crónicos (ej. burnout). Este estudio da cuenta de las evidencias científicas que desvelan esta conexión, indirecta, pero relevante, hoy silenciada.

**Palabras clave:** burnout, cáncer laboral, enfermedades del trabajo, estrés crónico

**Abstract:** According to EU-OSHA, occupational cancer is the leading occupational health problem in the European Union. It is usually linked to exposure to chemicals, but groundbreaking studies show its connection to chronic work-related stress (e.g., burnout). This study presents scientific evidence that reveals this indirect, yet relevant, connection, which has been largely ignored until now.

**Keywords:** burnout, occupational cancer, work-related illnesses, chronic stress

**Sumario:** 1. Introducción: el cáncer en cifras. 2. El binomio de morbo-mortalidad cáncer-trabajo: la urgencia de superar la invisibilidad del cáncer ocupacional en España 3. Más allá de los cancerígenos "físicos": ¿qué evidencias de la dimensión psicoso-

cial del cáncer ocupacional? 4. El síndrome de burnout como agente cancerígeno: desvelando desde las nuevas evidencias una conexión psicosocial silenciada. 5. Reflexiones finales. 6. Referencias bibliográficas selectivas.

### 1. Introducción: el cáncer en cifras.

Pese a los notables avances producidos en este ámbito, el cáncer sigue siendo una de las principales causas de morbo-mortalidad en todo el mundo, también en la UE y, por supuesto, en España. Conforme a los datos publicados por la fiable Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2026), se estima que en España **más de 300.000 personas serán diagnosticadas de cáncer**, superior levemente a la cifra del 2025. Según los datos oficiales (INE, 2026) las muertes por tumores o neoplasias representaron **la principal causa de muerte** (26,3% del total), de nuevo por encima de las enfermedades del sistema circulatorio (25,7%), concentrando ambas causas más de la mitad de todas las defunciones (52%), una situación análoga a la de 2024 (año en el que fallecieron por cáncer 115.578 personas). Las enfermedades respiratorias son la tercera causa de muerte, siendo las patologías neuronales (sistema nervioso y sentidos, como la demencia o el Alzheimer) cuarta, si bien mientras las respiratorias van al alza estas segundas van a la baja.

Boletín  
cuatrimestral  
**#02/2026**

6

Atendiendo al sexo de las personas, los datos muestran que las neoplasias malignas son la principal causa de muerte para los hombres (1 de cada 2 hombres desarrollarán un cáncer a lo largo de su vida -los prevalentes son de pulmón, y los de colon, siendo específicos los de próstata-), y la segunda para las mujeres (1 de cada 3 mujeres lo harán -los prevalentes son los de mama, en alza; en aumento los de ovario también-), siendo para estas la causa prevalente de defunción las enfermedades circulatorias. No obstante, como luego se verá, esta cuestión presenta una gran brecha de género en el mundo del trabajo, en la medida en que es ínfima la fracción de carga de enfermedad por cáncer laboral atribuible al trabajo reconocida a las mujeres, muy por debajo de la proporción que representan del total. Según la SEOM, en 2026 sobre 166.700 cánceres serán de hombres y 133.120 de mujeres.

Los cuatro principales agentes son, por este orden: primero el tabaquismo, después la alimentación, seguido del sedentarismo y de la exposición a sustancias cancerígenas en el trabajo. Conforme a las estimaciones de la OIT y la OMS (OIT-OMS, 2025) **casi el 28 por ciento** (27,5%) de los fallecimientos relacionados con enfermedades relacionadas con el trabajo (2,6 millones) estarían asociados al cáncer y, en consecuencia, son muertes prematuras y evitables. En el caso de las enfermedades cardiovasculares representa el 32,3% del total, mientras que las dolencias respiratorias son un 14,2%. En cambio, los accidentes de trabajo constituyen un 11,2% (330.000 muertes), por lo que es manifiesto que, con ser el problema de los accidentes de trabajo especialmente grave en España, lo es mucho más el de las enfermedades, tanto en general (problemas de salud pública) como de salud laboral (enfermedades profesionales -listadas en el baremo oficial, según se prevé en el art. 157 TRLGSS y se desarrolla en el RD 1299/2006, 10 de noviembre- y enfermedades relacionadas con el trabajo -no listadas formalmente, pero con origen en el trabajo, según el art. 156 TRLGSS-).

En este escenario, conocido es que tanto la *Estrategia del Cáncer del Sistema Nacional de Salud* (elaborada por el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas -CCAA-) como la Estrategia

Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (diseñada por el Gobierno con la participación de las CCAA y los interlocutores sociales) prevén, como una línea estratégica de las políticas de salud pública y de salud laboral, así como de prevención de los riesgos laborales, estimar la carga de morbilidad por cáncer atribuible al trabajo (y su coste sanitario). Aunque no existe total consenso científico al respecto, goza de gran solvencia la estimación de en torno al 6,2% del total de ingresos hospitalarios por cáncer corresponde a casos de neoplasias atribuibles a exposiciones laborales y el 4,6% de las consultas ambulatorias de atención especializada (García Gómez, M. et alii, 2020). En otros estudios, este porcentaje de casos de cánceres derivados de la exposición laboral de forma prevalente se reduce al 5,3%, un porcentaje superior al estimado hace décadas (Mancheño, C. y Clarimón, L., 2026, 290-291).

Consecuentemente, asumiendo, muy prudentemente, el porcentaje reducido del 5,3% de carga de morbilidad profesional del cáncer en España, cabe estimar, de conformidad con los datos de la SEOM para 2026, que unos 16.000 cánceres serían atribuibles al trabajo, siendo fallecimientos por esta causa relacionados con el trabajo en torno a 6000. Que las cifras son conservadoras lo evidencia que, según datos del Ministerio de Sanidad, **anualmente fallecerían unas 8.500 personas por cánceres asociados a exposiciones laborales** (en la UE son 100.000). Con ser clave el dato, lo es más que **solo un 0,4% de estos cánceres** (la mayoría por amianto) **se reconocen como tales en España** (existen diferencias territoriales notables), cuando en otros países europeos es mayor, por encima del 5% (ej. Bélgica, Italia, Suecia, Dinamarca, Finlandia), llegando en Alemania al 32% (García Gómez, M. et alii, 2020).

La infradeclaración y, por tanto, la subestimación del cáncer profesional son más que evidentes, en línea con lo que sucede con las enfermedades laborales en general, por cierto. Esta situación -mantenida inalterada en el tiempo- evidencia claramente que la relación entre cáncer y trabajo sigue siendo una realidad invisibilizada, tanto en la investigación como, sobre todo, en el reconocimiento institucional. Un déficit que tiene consecuencias muy nega-

tivas, tanto en términos de justicia reparadora (la calificación como contingencias comunes desprotege a las personas víctimas del cáncer ocupacional) como de efectividad preventiva (lo que no se registra no se mide, lo que no se mide no se previene). Si eso es así respecto de la exposición a agentes cancerígenos "tradicionales", clásicos, lo es mucho más en relación con la exposición a factores psicosociales y problemas de salud psicosocial ocupacional, como es el conocido burnout o, también llamado síndrome de desgaste profesional. El propósito de este trabajo es dar cuenta de las recientes evidencias que tratan de desvelar esta conexión hasta ahora silenciada.

## 2. El binomio de morbo-mortalidad cáncer-trabajo: la urgencia de superar la invisibilidad del cáncer ocupacional en España

No son solo (frías) cifras estadísticas. Detrás hay miles de personas que o bien han desarrollado una enfermedad grave (incluso puede suponer su muerte) a raíz de su actividad laboral o que corren un alto riesgo de sufrirla, con importantes impactos personales, tanto en la calidad de vida como en la de sus familias, pero también sociales (ej. al pasar por comunes en vez de profesionales son asumidas en sus costes por el sistema público de salud), así como para el sistema preventivo de riesgos para la salud laboral, que se ve fuertemente contradicho. Por lo tanto, deben profundizarse las investigaciones de evidencia, así como las medidas, de todo tipo, que interrelacionen con mayor precisión el trabajo con el cáncer. De ahí el notable desafío abierto

En el plano cognitivo, para la epidemiología del cáncer laboral, que requiere atender a los nuevos y emergentes factores de riesgo laboral, también, aun no solo, los psicosociales (*mejora del sistema de investigación-formación*).

En el plano de la intervención, para promover las medidas y acciones que fomenten su reconocimiento como enfermedades vinculadas al trabajo (*mejora del sistema de registro, calificación y reconocimiento*).

Precisamente, con motivo de la Semana Europea contra el Cáncer 2026, la EU-OSHA presentó una nueva **web temática** que ofrece datos sobre el cáncer laboral y las iniciativas impulsadas por la UE para prevenirlo, al presentarlo como el principal problema de salud laboral de Europa. Según **la Encuesta sobre la exposición del personal** de la EU-OSHA casi la mitad de las personas trabajadoras europeas han estado probablemente expuestas al menos a un factor de riesgo de cáncer durante su última semana de trabajo, incluidas exposiciones múltiples y de alto nivel en el caso de determinadas actividades. El compromiso preventivo se diseña y proyecta en el **marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027**, en el **Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer** y en la Directiva relativa a los agentes carcinógenos, mutágenos o reprotóxicos (**Directiva CMR**). La **Agenda Nacional para la Prevención del Cáncer profesional**, prevista en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (ESST) 2023-2027, va en esta dirección. Pero su aplicación sigue pendiente. Por lo que los déficits persisten.

## 3. Más allá de los cancerígenos "físicos": ¿qué evidencias de la dimensión psicosocial del cáncer ocupacional?

Existe un amplio consenso científico sobre el carácter multifactorial del cáncer. Dificultad a la que hay que sumar la desactualización de las listas normativas en torno a las sustancias que son cancerígenas.

Hoy los "agentes químicos" (exposición a sustancias) siguen siendo la principal causa de cáncer ocupacional, incluidos los alteradores endocrinos. Pero no son los únicos y a otros factores de riesgo físicos (ej. radiación solar ultravioleta) están en el centro de la investigación, como **ciertos nanomateriales (ej. los nanotubos de carbono multicapa-7, MWCNT-7)**. Así, de un lado, un estudio internacional de 2019 (revista *Environmental Research*), dirigido por la Universidad de Granada concluía que el 90% de **los recibos emitidos en tiendas y supermercados están hechos con papel térmico y contienen bisfenol-A (BPA)**, alterador endocrino que puede alterar el equilibrio hormonal en las personas expuestas y está

asociado a diversas enfermedades hormonales (ej. malformaciones genitales, infertilidad, obesidad) y cáncer en órganos sensibles a las hormonas, como el cáncer de *mama*. Otro ejemplo es el estudio (revista *JAMA Internal Medicine*) que evidencia la prevalencia **del personal de vuelo (pilotos y tripulación de cabina)** en el cáncer asociado a la exposición a la radiación solar (el 7% del personal tripulante habría padecido cánceres -ej. mama, melanoma, próstata-, un 50% más que el resto).

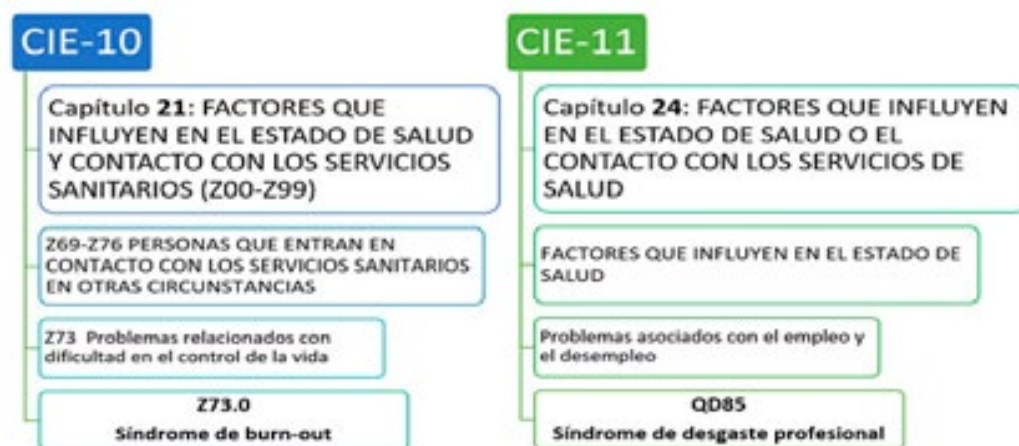
Pero también desempeñan un papel importante factores relacionados con el trabajo, su organización y condiciones de prestación, como el trabajo nocturno, según el referido estudio de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA, 2025). Por ejemplo, en Francia, *la sentencia del Tribunal Administrativo de Marsella* 3 de marzo de 2026 reconoció el cáncer de mama de una enfermera como laboral, en virtud de su exposición prolongada al trabajo nocturno.

#### 4 El síndrome de burnout como agente cancerígeno: desvelando desde las nuevas evidencias una conexión psicosocial silenciada.

Justamente, en este doble escenario científico-social (la evidencia contundente sobre el carácter de enfermedad multifactorial del cáncer, asociada a mutágenos, a pautas de vida y exposición a factores de entorno, de un lado, y la influencia que en ella tienen también los factores psicosociales y organizacionales del entorno laboral, de otro), las ciencias de la psiconeuroinmunología vienen construyendo un número significativo de evidencias sobre la relevante conexión entre los estados de estrés laboral crónico o sostenido y procesos biológicos críticos, como los ritmos circadianos (alterados, por ejemplo, en los sistemas a turno), la función inmunitaria y la inflamación continua o sistémica. Todos estos procesos biológicos activados a raíz de los procesos de estrés laboral cronicados o continuados guardarían una relación muy estrecha con la carcinogénesis y la evolución tumoral o neoplásica. En consecuencia, tratándose el burnout o síndrome de desgaste profesional como una manifestación inequívoca de procesos de estrés ocupacional crónico, según la OMS (vid. CIE-11), los estudios de psiconeuroinmunología evidencian un vínculo, indirecto, pero relevante y tangible, entre el burnout y el cáncer profesional (Juan Llorente, Andrea, 2026).

No podemos entrar ahora en la delimitación -más conocida- del burnout y sus modelos explicativos (vid. *Ficha Científico-Técnica Preventiva 5/2023*). Lo aquí relevante es dar cuenta de los estudios que desvela la conexión causal relevante, no exclusiva ni directa, hasta el momento invisibilizada, entre los procesos crónicos de estrés **como emergentes agentes carcinógenos**, diferentes a los clásicos o físicos (sustancias químicas, radiaciones, factores biológicos), esto es, los que pueden activar directamente las mutaciones celulares (Nota Técnica Preventiva del INSST, n. 1030, 2014 : *Carcinógenos: criterios para su clasificación*). Centros de investigación referencial en la materia como *la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC)* o el *National Toxicology Program (NTP)*, al igual que la EU-OSHA, muestran como varios factores de naturaleza organizacional laboral podrían también activar, si bien indirectamente, procesos carcinógenos, al actuar como factores de alteración biológica sostenida en el tiempo.

El trabajo nocturno, ya referido, y sus efectos en los ritmos circadianos es el emblema, pero



no es el único factor psicosocial y organizativo en tal dirección, estando presentes también en situaciones de sobrecarga (laboral y emocional) crónica y los procesos desadaptativos que genera (NTP, 2021). Ya desde inicios de siglo XXI se ha probado la conexión o interrelación entre los procesos de estrés que permanecen sostenidos o continuos en el tiempo (entre otros efectos el cerebro responde produciendo más hormona cortisol -clave en la fisiología del estrés-) y la inflamación crónica, de modo que este proceso biológico patológico, a menudo normalizado en el día a día, crea un microentorno de cultivo para la carcinogénesis (Coussens, L.M. y Werb, Z, 2002).



## 5. Reflexiones finales: una conexión indirecta, pero relevante, del binomio estrés laboral crónico y el cáncer que exige más evidencia

Lamentablemente no podemos ir más allá en este trabajo (se harán futuras retomas en otras iniciativas del LARPSICO) sobre esta cuestión, tan relevante. En las páginas precedentes se ha dado cuenta de estudios innovadores que prueban una relación causal indirecta, pero significativa, entre el estrés laboral crónico como el burnout y ciertos procesos carcinógenos. Sería el caso, por ejemplo, del cáncer de mama (no tanto del de próstata) y el trabajo nocturno, ya reconocido también en sede judicial (ej. Francia). Sin embargo, el grado de evidencia científica no es suficientemente seguro. De ahí la necesidad de avanzar en esta relevante dirección investigadora.

## Referencias bibliográficas esenciales

EU-OSHA (2026). *Occupational cancer risk factors in Europe – Overview of the findings of the Workers' Exposure Survey (Factores de riesgo de cáncer en el ámbito laboral en Europa: Visión general de los resultados de la encuesta sobre la exposición de las personas trabajadoras)*

<https://osha.europa.eu/es/publications/occupational-cancer-risk-factors-europe-overview-findings-workers-exposure-survey>

García Gómez, M. et alii (2020). *Carga de cáncer atribuible al trabajo y su coste sanitario en España en 2015*, Ministerio de Sanidad, Madrid.

INE (2026). Estadística de Defunciones según la Causa en España.

[https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)

Juan Llorente, Andrea (2026). Burnout y cáncer: ¿existe una conexión silenciosa? En AAVV. (Dir. Sonia Isabel Pedrosa Alquezar-Miguel Olmos Llorente). *Cáncer y trabajo*, Editorial Bomarzo, Albacete, pp. 217 y ss.

Mancheño Potenciano, Carmen-Clarimón Torrecillas, Luis (2026). "Capítulo 14. El cáncer laboral, primera causa de muerte en el trabajo". AAVV. (Dir. Sonia Isabel Pedrosa Alquezar-Miguel Olmos Llorente). *Cáncer y trabajo*, Editorial Bomarzo, Albacete, pp. 287 y ss.

NTP (2021). *Cancer Hazard Assessment Report on Night Shift Work and Shift Work and Light at Night*, U.S. Department of Health and Human Services

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571598/toc/>

SEOM (2026). *Las cifras del cáncer en España*.

<https://seom.org/prensa/el-cancer-en-cifras>

OIT (2025). *Un llamamiento en favor de entornos de trabajo más seguros y saludables*, Ginebra.

# #Actualidad Preventiva

## La protección frente a la violencia y el acoso en la nueva regulación del trabajo artístico y técnico: la coordinación de intimidad

Equipo de Investigación Permanente del LARPSICO

< **María Marta Martínez Jiménez.**

Profesora sustituta del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Técnica Superior en PRL. (especialidad técnica en ergonomía y psicología; seguridad y salud en el trabajo)

< **Francisco Extremera Méndez.**

Contratado Predoctoral del Programa de Becas de Formación de Profesorado Universitario (FPU)

< **Ana Hueso Moral.**

Contratada predoctoral (FPU). Técnica Superior en PRL (especialidad en ergonomía y psicología)



1. La existencia de una obligación de establecer protocolos internos para la prevención de las violencias y acosos, en especial por razón de sexo, en el ámbito laboral en general, y en el sector cultural en particular, no es suficiente. Su eficacia depende de una aplicación real que cree confianza en las personas afectadas para denunciar los hechos, sin miedo a las represalias, tan reiteradas. Precisamente, en fechas recientes, diversas voces del sector cultural han venido advirtiendo de las insuficiencias de los avances normativos en esta materia. Las recientes denuncias han reabierto el debate sobre la eficacia de los protocolos existentes y sobre la necesidad de reforzar su implementación.

Por fin ha sido publicado el **Real Decreto 607/2026, de 22 de julio**, aunque habrá que esperar para su entrada en vigor efectiva nada menos que un año, hasta el 25 de mayo de 2027. La norma reglamentaria establece una

nueva regulación de la relación laboral especial (artículo 2) de quienes (artículo 3) actúan en las artes escénicas, audiovisuales y musicales (personal artístico), así como de quienes realizan las actividades técnicas o auxiliares necesarias para su desarrollo (personal técnico). Deroga la regulación previa (Real Decreto 1435/1985) y culmina el proceso reformador que se abrió en el 2022, para adaptar esta relación laboral a los cambios del sector y del propio entorno social.

Son varias las novedades sociolaborales. Sin embargo, aquí nos limitaremos a las que inciden en la protección del bienestar psicosocial en la prestación de este tipo de trabajos, con especial atención, al ámbito de la prevención de la violencia y el acoso (artículo 9.1), en sus diversas modalidades (incluida la violencia sexual y cualquier modalidad de acoso discriminatorio). **Los protocolos y las medidas frente a la violencia y el acoso deberán tener en cuenta una característica especialmente relevante del sector** (art. 7): la intermitencia y breve duración del contrato. Los mecanismos de resolución de las eventuales situaciones de violencia y acoso deberán adaptarse a los principios de celeridad y efectividad protectoras.

2. Sin duda, una importancia particular tiene la introducción normativa de la figura, que cuenta con una cierta experiencia práctica, de la

Boletín  
cuatrimestral  
**#02/2026**

11

**persona coordinadora de intimidad.** Los protocolos (que deberán aportarse previamente a la persona trabajadora o con el contrato) incluirán (art. 9.3) esta figura, a fin de velar por el respeto de los límites, el consentimiento y el bienestar emocional del personal en rodajes con escenas íntimas (sexo simulado, desnudez) o violencia (violencia sexual simulada o contacto físico intenso).

Dichos protocolos habrán de contemplar garantías específicas cuando tales escenas íntimas involucren a personas menores (de dieciocho años). En todo caso, cuando las personas menores participen en escenas íntimas:

- la persona que asuma la función de coordinación de intimidad informará del contenido y límites de las escenas a la persona menor y velará por su protección a fin de evitar la realización de actividades prohibidas y prevenir cualquier abuso o situación de violencia sexual.
- La participación en tales escenas deberá respetar las limitaciones del art. 11 y contar con autorización expresa (en la autorización de la representación de la persona menor aportada al solicitar la autorización para trabajar).

**3.** Precisamente, respecto del personal artista menor se prevén otras reglas en aras de una protección psicosocial más efectiva. Así:

Para la **protección del desarrollo emocional infantil y juvenil**, no solo existe la prohibición general de trabajar a menores de 16 años, salvo autorización excepcional, sino que se fijan límites de jornada diarios y semanales según la edad, así como al trabajo nocturno.

Asimismo, se prohíbe su participación en contenidos explícitos y se limita la exposición de personas menores de 7 años a escenas violentas que impacten en su salud psíquica.

**4.** Finalmente, cabe destacar que algunas otras nuevas reglas laborales están llamadas a tener un efecto positivo en términos de bienestar psicosocial, como:

· **Para el control de la carga mental ayuda la previsión de computar** como jornada pagada las fases de ensayos, preproducción, montaje y promoción. Igualmente, reconoce el derecho a conocer por escrito y con antelación los calendarios de trabajo, mitiga la sobrecarga no retribuida y reduce el riesgo de estrés derivado de la disponibilidad continua.

· **Permite reducir la vulnerabilidad económica mediante el mayor control frente al abuso**, con la conversión automática a personal fijo e indemnizaciones mínimas al finalizar el trabajo, aportando más seguridad económica en el momento extintivo, desincentivando el abuso extintivo.

# #Observatorio Comunitario e Internacional

## La EU-OSHA publica nuevo informe sobre *Prevención de riesgos psicosociales en Europa: estrategias, legislación y lecciones de la práctica*



Aunque toda la Unión Europea (UE) tiene un marco normativo análogo sobre seguridad y salud en el trabajo, al tratarse de una competencia comunitaria, existen notables diferencias a la hora de su instrumentación y aplicación práctica, sobre todo en relación a los riesgos nuevos y emergentes, como los psicosociales. De ahí, la gran relevancia de los estudios comparados entre las diferentes legislaciones y experiencias prácticas de una misma Unión regional.

En este escenario, es de interés la presentación, por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA, por sus siglas en inglés) de un **nuevo estudio** sobre la prevención del riesgo psicosocial (RPS) en diversas estrategias y medidas de prevención. Pretende complementar las conclusiones del **informe de políticas** correspondientes en la materia, respecto a 6 países (2025) y sus informes nacionales, ofreciendo información detallada sobre enfoques seleccionados de gestión del RPS. Se centra en la delimitación de nueve estudios de caso detallados:

- seis proyectos de implementación estratégicos, políticos o sectoriales, extraídos de iniciativas analizadas en los informes nacionales
- tres específicos de empresas implementados para abordar el RPS, sobre la base de su propia iniciativa, desconectados de iniciativas nacionales o sectoriales.

Cada caso proporciona un análisis detallado del diseño, la implementación y los resultados de las medidas, destacando los factores de éxito, los desafíos y las lecciones que pueden aplicarse a diferentes contextos. Los estudios de caso se resumen en la Tabla 1 y se publican por separado en los enlaces proporcionados (está solo en lengua inglesa).



### Convenio 193 de la OIT sobre el trabajo decente en la economía de plataformas: aprobado, pero pendiente de vigencia

1. En el pasado mes de junio, la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT adoptó el importante **Convenio sobre el trabajo decente en la economía de plataformas (C-193/2026**, de la OIT), un hito histórico en el Derecho Internacional multilateral del Trabajo en la era de la digitalización. El Convenio prevé un marco normativo global para garantizar que la innovación tecnológica y de los modelos de negocio se acompañe de la protección social adecuada, en aras de un crecimiento integralmente sostenible (social, económica y ambiental). El Convenio se aplica a las plataformas digitales de trabajo y a su personal, tenga un vínculo laboral o autónomo, cubriendo plataformas de ubicación y las plataformas en línea.

Entre los derechos especialmente protegidos y promovidos está el relativo a un entorno

Boletín  
cuatrimestral  
**#02/2026**

13

seguro y saludable (artículo 3), tanto para los riesgos tradicionales o físicos como respecto de los nuevos y emergentes (artículos 4 y 5), en especial los factores y riesgos psicosociales, como la violencia y el acoso en el trabajo (art. 6). En este caso se ordena adoptar las medidas adecuadas para proteger eficazmente a estas personas frente a la violencia y el acoso laborales, *incluida "la violencia y el acoso perpetrados en línea o que impliquen a terceros, como clientes"*.

Es evidente que aquí se está haciendo una llamada implícita al Convenio 190 de la OIT para la prevención y erradicación de la violencia y acoso en el trabajo. Con un enfoque análogo en este punto (en otras materias no es así, constatándose diversidad no fácilmente

armonizable) al de la Directiva (UE) 2024/2831, de 23 de octubre, sobre el trabajo en plataformas digitales, que incluye el estrés de gestión digital (incluida la algorítmica), no solo el acoso y la violencia en el trabajo (art. 12).

**2.** Precisamente, aunque el C-193/2026 no está en vigor todavía, porque no ha sido ratificado, hasta el momento, por ningún Estado, el plazo límite para implantar la Directiva es el 2 de diciembre de este año. Por lo que el Ministerio de Trabajo y Economía Social abrió, el 31 de julio pasado, el trámite de consulta pública sobre el "Anteproyecto de ley por el que se transpone la Directiva (UE) 2024/2831". El plazo a tal fin terminó el 14 de agosto. En ese Documento el Ministerio anticipa su voluntad de ratificar el Convenio 193 OIT. Veremos.

# #Buenas prácticas

## La política negociada de bienestar psicosocial en el trabajo de las camareras de piso de la cadena MarSenses



### El problema.

Las camareras de piso (son la mayoría mujeres y de edad madura) realizan una profesión en condiciones de trabajo precarias y penosas (ej. sobrecarga física, unos ritmos de trabajo acelerados, escaso reconocimiento...). El resultado es que la gran mayoría de estas trabajadoras arrastran problemas de salud notables.

### La buena práctica empresarial.

En este preocupante escenario, hemos **sabido** que la cadena de hoteles *balear MarSenses* ha adoptado una política de mejora del bienestar biopsicosocial para este colectivo en los hoteles que gestiona. De un lado, es la primera empresa en reconocer una reducción de la jornada semanal a 32 horas, para las empleadas mayores de 58 años, sin reducción salarial (el resto de las personas empleadas en los 4

hoteles que gestiona la empresa tienen una jornada de 37,5 horas). De otro, establece una ratio máxima de 10,5 habitaciones por día, más las salas comunes, cantidad muy inferior al promedio (25-30).

**Método pactado.** Se ha llevado a cabo a través de una larga negociación colectiva, plasmada en su convenio.

**Consecuencias exitosas.** En el plano de la gestión de la salud laboral, se reducen de forma muy significativa los factores de riesgo ergonómico y psicosocial, por lo que deben mejorar los estados de salud de este colectivo. En el plano económico, la empresa tiene una facturación récord y una tasa de absentismo mucho menor que el promedio del sector -4% frente al 16%- . Tampoco problemas de contratación de personal, como sí lamentan tener sus empresas competidoras.



**Junta de Andalucía**  
Consejería de Empleo, Formación  
y Trabajo Autónomo  
INSTITUTO ANDALUZ DE PREVENCIÓN  
DE RIESGOS LABORALES



**Universidad  
de Jaén**