

# NTP 703: El método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales



La méthode COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) pour l'évaluation des risques psychosociaux  
The COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) method for psychosocial risk assessment

Vigencia	Actualizada por NTP	Observaciones	
Válida			
ANÁLISIS			
Criterios legales		Criterios técnicos	
Derogados:	Vigentes:	Desfasados:	Operativos: <b>SI</b>

## Redactores:

Salvador Moncada i Lluís  
Doctor en Salud Pública y Metodología de Investigación Biomédica

Clara Llorens Serrano  
Licenciada en Sociología. Especialidad Trabajo y Organizaciones.

INSTITUTO SINDICAL DE TRABAJO, AMBIENTE Y SALUD (ISTAS)

Tage S Kristensen  
Doctor en Ciencias Médicas

ARBEITMILJOINSTITUTTET (Instituto Nacional de Salud Ocupacional de Dinamarca)

Sofía Vega Martínez  
Licenciada en Psicología

CENTRO NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO

*En esta NTP se presenta un nuevo método de evaluación de riesgos psicosociales: sus bases conceptuales, características y estructura, forma de uso como herramienta para la evaluación de riesgos, así como la presentación de resultados que proporciona.*

## Riesgo psicosocial, organización del trabajo, estrés y salud

Los **factores de riesgo psicosociales** son aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su **organización** que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también llamamos estrés. En términos de prevención de riesgos laborales, los factores psicosociales representan la **exposición** (o los factores de riesgo), la organización del trabajo el origen de ésta, y el estrés el **precursor del efecto** (enfermedad o trastorno de salud que pueda producirse y que debemos prevenir).

La relación entre la organización del trabajo, los factores psicosociales y la salud no parece tan evidente como la que existe entre otros factores de riesgo (el ruido, por ejemplo) y la salud. Los efectos de la organización del trabajo son más intangibles e inespecíficos, y se manifiestan a través de diversos mecanismos emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivos (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.), conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.), y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas).

*"El estrés en el trabajo es un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación"*

(Comisión Europea 2000)

Los trastornos asociados al estrés laboral incluyen un amplio abanico y van desde los situados en la esfera psicosocial a corto plazo (ansiedad, depresión, trastornos psicosomáticos) hasta los de la esfera biológica a más largo plazo (infartos, úlceras de estómago o dolor de espalda). Se ha sugerido que el estrés podría afectar todas las condiciones de salud física y mental, siendo los trastornos más susceptibles aquellos que afectarían los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, inmunitario, endocrinológico y muscular, además de la salud mental.

Desde el punto de vista de la salud pública debemos llamar la atención acerca de la relación, confirmada consistentemente por más de una docena de estudios longitudinales (Belkic, K. et al, 2004) entre los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular (ECV). Así, la „alta tensión" en el trabajo aumenta el riesgo de padecer ECV entre un 50% y un 100% (aunque algunos estudios muestran incrementos de riesgo superiores al 100%), mientras que aumentos de riesgo similares se observan para la situación de desequilibrio entre el esfuerzo invertido en el trabajo (para manejar sus exigencias psicológicas) y las recompensas o compensaciones obtenidas a cambio. Las ECV constituyen la principal causa de muerte en el mundo occidental (países del centro o del norte), por lo que resulta evidente el enorme impacto que sobre la salud de la población en general, y ocupada en particular, tendría cualquier mejora en su prevención. Recientes estimaciones han situado en más de 4.000 las muertes por enfermedades cardiovasculares atribuibles a las condiciones de trabajo en 1999 en España (García A.M. et al, 2004). En su conjunto, se ha estimado que entre el 25 y el 40% de los casos de enfermedad cardiovascular podrían ser evitados mediante la eliminación de la exposición laboral a la alta tensión, descompensación entre esfuerzo y recompensas, trabajo sedentario, a turnos, y exposiciones físicas y químicas nocivas.

## Los estresores: los factores psicosociales

La investigación ha aportado hasta hoy una amplia evidencia del efecto sobre la salud y el bienestar de los factores psicosociales. Estamos hablando básicamente *del bajo control sobre el contenido y las condiciones de trabajo, las altas exigencias psicológicas, el bajo apoyo social* (de los compañeros y de los superiores) en la realización del trabajo y de la escasez de recompensas o compensaciones obtenidas a cambio del esfuerzo invertido en el trabajo.

Las tres primeras dimensiones (control, demandas o exigencias psicológicas y apoyo social) son las que integran el **modelo "demanda - control - apoyo social"** (presentados en las NTP números 603 y 604) que es el más profusamente usado en investigaciones en ciencias de la salud y el que ha aportado mayores y más consistentes evidencias de relación entre los factores psicosociales y la salud.

En los últimos años diversos estudios muestran el efecto negativo sobre la salud de la *falta de recompensas* o compensaciones del trabajo. Por recompensas del trabajo consideramos el *control de estatus, la estima y el salario*. El *control de estatus* incluye la estabilidad laboral, los cambios no deseados en las condiciones de trabajo, la falta de perspectivas de promoción y la inconsistencia de estatus (realización de una tarea que está por debajo de la propia cualificación). La *estima*, incluye el respeto y el reconocimiento, el apoyo adecuado y el trato justo. Según el **modelo "esfuerzo - recompensas (ERI)"**, la interacción entre un esfuerzo elevado y un bajo nivel de recompensas a largo plazo representa la situación de mayor riesgo para la salud.

Ambos modelos deben ser contemplados como complementarios y no como excluyentes o alternativos, pues ambos explican la salud cuando se considera el ambiente psicosocial de trabajo y ambos nos ayudan a comprender las relaciones entre la estructura de las oportunidades que el trabajo puede efecer y dos aspectos fundamentales de la psicología humana: la experimentación positiva de la autoeficacia y la autoestima.

Sin embargo, estos modelos no abarcan otras exposiciones psicosociales para las que hay un menor, aunque creciente, nivel de investigación y que representan una realidad en numerosas ocupaciones. Una de las limitaciones de ambos modelos es la consideración de las exigencias psicológicas como algo fundamentalmente cuantitativo (ritmos e intensidad de trabajo), obviando que no es lo mismo trabajar con máquinas que con, y sobretodo para, personas. En este segundo caso, las exigencias psicológicas de la actividad laboral incluyen la exposición a emociones y sentimientos humanos, algo especialmente relevante para todos aquellos empleos que conllevan el trabajo para y con usuarios y clientes, y que la investigación ha puesto de manifiesto en las últimas décadas especialmente en relación al *síndrome de estar quemado* (o *burnout*).

La autonomía y las posibilidades de desarrollo de habilidades contempladas en la dimensión de control del modelo de Karasek representan dos aspectos positivos y saludables de éste, pero no los únicos. Debemos considerar también el *control sobre los tiempos a disposición* (pausas, vacaciones, permisos...), el sentido del trabajo (o implicación con su contenido) y en general, el nivel de *influencia* sobre las condiciones de trabajo.

Por otro lado, en su relación con la salud, las relaciones sociales tienen una triple vertiente, más allá de la del apoyo social considerado por Karasek. Las *posibilidades de relacionarse* que el trabajo ofrece representa la primera y más estructural de ellas (sin relación, no hay base objetiva para la ayuda). El *apoyo social* de compañeros y superiores representa el aspecto funcional de estas relaciones (recibir la ayuda adecuada para trabajar), mientras que el *sentimiento de grupo* representa su componente emocional. También son aspectos importantes desde el punto de vista de las relaciones sociales la *claridad* (definición de puestos y tareas) y los *conflictos de rol* (hacer tareas que contradicen nuestros valores), la *previsibilidad* (disponer de la toda la información adecuada y a tiempo para adaptarnos a los cambios) y el *refuerzo* (disponer de mecanismos regulares de retorno de compañeros y superiores sobre cómo se trabaja). La simplicidad de los modelos de Karasek y Siegrist los hace atractivos para la investigación, y la experiencia ha demostrado que son útiles. Pero su potencialidad para la detección de exposiciones nocivas en el ambiente de trabajo y, sobre todo, para facilitar la puesta en marcha de medidas preventivas, puede ser más limitada.

Una orientación preventiva pragmática es facilitar la identificación de riesgos al nivel de menor complejidad conceptual posible, lo que favorece la búsqueda de alternativas organizativas. Los cuatro grandes grupos de factores de riesgo psicosocial contemplados por los dos modelos mencionados son subdivididos en unidades más pequeñas, más abordables y susceptibles de negociación entre los agentes sociales en la empresa. De ese modo, a cada una de estas grandes dimensiones le corresponde un número variable de dimensiones psicosociales específicas más pequeñas, a las que deberíamos añadir aquellas no contempladas en ninguno de los dos modelos pero sustentadas también por un nivel de evidencia científica razonable. Esta es la propuesta que plantea el método del Instituto Nacional de la Salud Ocupacional de Dinamarca, conocido como Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), adaptado y validado en España con el nombre de ISTAS21 en lengua castellana, y PSQCAT21 en lengua catalana.

## Principales características del método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21)

1. Marco conceptual basado en la *Teoría General de Estrés*, el uso de cuestionarios estandarizados y el método epidemiológico. Integra las dimensiones de los modelos *demanda - control - apoyo social* de Karasek y Theorell, y *esfuerzo - recompensa (ERI)*

- de Siegrist, y asume también la teoría de la doble presencia.
2. Identifica y mide factores de riesgo psicosocial, es decir, aquellas características de la organización del trabajo para las que hay evidencia científica suficiente de que pueden perjudicar la salud.
  3. Diseñado para cualquier tipo de trabajo. Incluye 21 dimensiones psicosociales, que cubren el mayor espectro posible de la diversidad de exposiciones psicosociales que puedan existir en el mundo del empleo actual. Supone una buena base de información para la priorización de problemas y actividades preventivas en las empresas como unidades integrales, en las que coexisten distintas actividades y ocupaciones distribuidas en departamentos y puestos de trabajo diversos, pero todos y cada uno de ellos igualmente tributarios de la prevención de riesgos.
  4. La identificación de los riesgos se realiza al nivel de menor complejidad conceptual posible, lo que facilita la comprensión de los resultados y la búsqueda de alternativas organizativas más saludables.
  5. Tiene dos versiones que se adecuan al tamaño de la empresa, institución o centro de trabajo: una para centros de 25 o más trabajadores, y otra para centros de menos de 25 trabajadores. (Existe una tercera versión, más exhaustiva, para su uso por personal investigador).
  6. Ofrece garantías razonables para la protección de la confidencialidad de la información (el cuestionario es anónimo y voluntario, permite la modificación de las preguntas que pudieran identificar a trabajadores, y su licencia de uso requiere explícitamente el mantenimiento del secreto y la garantía de confidencialidad).
  7. Combina técnicas cuantitativas (análisis epidemiológico de información obtenida mediante cuestionarios estandarizados y anónimos) y cualitativas en varias fases y de forma altamente participativa (grupo de trabajo tripartito para la organización de la evaluación y la interpretación de los datos; y círculos de prevención para la concreción de las propuestas preventivas). Esto permite *triangular* los resultados, mejorando su objetividad y el conocimiento menos sesgado de la realidad, y facilita la consecución de acuerdos entre todos los agentes (directivos, técnicos y trabajadores) para la puesta en marcha de las medidas preventivas propuestas.
  8. El análisis de los datos está estandarizado y se realiza en dos fases. La primera, descriptiva, a través de una aplicación informática de uso sencillo. La segunda, interpretativa, a través de la presentación de los resultados descriptivos en forma gráfica y comprensible para todos los agentes en la empresa para que éstos, en el seno del Grupo de Trabajo, los interpreten.
  9. Los indicadores de resultados se expresan en términos de *Áreas de Mejora y Prevalencia de Exposición* a cada dimensión.
  10. Presenta los resultados para una serie de unidades de análisis previamente decididas y adaptadas a la realidad concreta de la empresa objeto de evaluación (centros, departamentos, ocupaciones/ puestos, sexo, tipo de relación laboral, horario y antigüedad). Ello permite la localización del problema y facilita la elección y el diseño de la solución adecuada.
  11. Usa niveles de referencia poblacionales para la totalidad de sus dimensiones, lo que permite superar la inexistencia de valores límite de exposición y puede ser en este sentido un importante avance. Estos valores, en tanto que obtenidos mediante una encuesta representativa de la población ocupada, representan un *objetivo de exposición razonablemente asumible por las empresas*.
  12. La metodología original danesa ha sido adaptada y validada en España, presentando buenos niveles de validez y fiabilidad.
  13. Es un instrumento internacional: de origen danés, en estos momentos hay adaptaciones del método en España, Reino Unido, Bélgica, Alemania, Brasil, Países Bajos y Suecia. Su adaptación a España siguió rigurosamente la metodología habitual en adaptación de instrumentos, está publicada y mereció el Premio al Mejor Trabajo de Investigación en Salud Laboral concedido por la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball en 2003.
  14. Es una metodología de utilización pública y gratuita.

## Proceso de intervención para la evaluación de riesgos

El método ha sido diseñado partiendo de la base de la metodología epidemiológica y el uso de cuestionarios estandarizados, la participación de los agentes de prevención en la empresa y la triangulación de los resultados.

La metodología se basa en el funcionamiento de un grupo de trabajo tripartito compuesto por representantes de la dirección de la empresa, de los trabajadores (delegados de prevención) y de los técnicos de prevención. Se considera que el conocimiento técnico y el conocimiento fundamentado en la experiencia son complementarios ya ambos necesarios en el proceso de intervención preventiva. Este grupo se constituye como el verdadero motor del proceso de evaluación y tiene importantes funciones en la preparación y realización del trabajo de campo y de la información de la plantilla a evaluar, determinar las unidades de análisis, la adaptación del cuestionario a la empresa, las estrategias de protección de la confidencialidad, de distribución y recogida de los cuestionarios, de sensibilización y en la interpretación de los resultados y realización de las propuestas de medidas preventivas.

La organización del trabajo de campo, la redacción del informe preliminar del análisis y del informe final de todo el proceso de evaluación corren a cargo del Servicio de Prevención de la empresa, que incluirá las diferentes aportaciones que hayan sido discutidas en el seno del Grupo de Trabajo.

La metodología propone también una forma de priorizar objetivos y proponer intervenciones concretas sobre los riesgos evaluados, combinando criterios de importancia de las exposiciones y de oportunidad de las intervenciones. El cuadro 1 muestra el proceso de intervención y puede utilizarse como una lista de control (o check list).

**Cuadro 1**  
**Fases del proceso de evaluación e intervención psicosocial**

PROCESO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES
Actividades

1. Presentación del método a dirección de la empresa y representantes de los trabajadores.
2. Firma del acuerdo entre la dirección de la empresa y la representación de los trabajadores para la utilización del método COPSOQ y el alcance de la evaluación.
3. Designación del Grupo de Trabajo (GT): representantes de trabajadores, de la dirección empresa, Servicio de Prevención y/o técnicos externos.
4. Decisión de las unidades de análisis teniendo en cuenta los objetivos preventivos y la preservación de anonimato: GT
5. Adaptación del cuestionario teniendo en cuenta el alcance y las unidades de análisis y la preservación del anonimato: GT.
6. Generación del cuestionario desde la aplicación informática: técnicos sujetos a secreto.
7. Diseño de mecanismos de distribución, respuesta y recogida que preserven la confidencialidad y anonimato: GT.
8. Preparación de proceso de información-sensibilización (circulares, reuniones informativas u otros a traadores y mandos intermedios): GT
9. Difusión de los materiales y celebración de reuniones informativas con la dirección de la empresa, representantes de los trabajadores, trabajadores y mandos intermedios: GT.
10. Distribución, y recogida del cuestionario: GT.
11. Informatización de datos: técnicos sujetos a secreto.
12. Análisis datos: técnicos sujetos a secreto.
13. Realización informe preliminar: técnicos sujetos a secreto.
14. Interpretación de resultados: GT
15. Redacción informe de interpretación de resultados: GT.
16. Presentación y feedback informe de interpretación de resultados a dirección de la empresa, representantes de los trabajadores, trabajadores y mandos intermedios: GT.
17. Importancia de las exposiciones problemáticas: GT.
18. Propuesta de medidas preventivas: GT.
19. Oportunidad de las intervenciones: GT.
20. Propuesta de prioridades: GT.
21. Presentación y feedback de propuestas de medidas preventivas y priorización con dirección de la empresa, representantes de los trabajadores, trabajadores y mandos intermedios: GT.
22. Aprobación de las medidas preventivas y priorización.
23. Informe final de evaluación de riesgos psicosociales y planificación de la acción preventiva: GT.
24. Aplicación y seguimiento medidas preventivas.
25. Evaluación de la eficacia medidas preventivas.

## Estructura del cuestionario

El cuestionario de evaluación consta de cuatro secciones:

- a. Datos sociodemográficos y exigencias del trabajo doméstico y familiar.
- b. Condiciones de empleo y de trabajo.
- c. Daños y efectos en la salud.
- d. Dimensiones psicosociales.

Las dos primeras secciones permiten la caracterización de las condiciones sociales, incluyendo las exigencias del trabajo doméstico y familiar, y de las condiciones de empleo y de trabajo (ocupación, relación laboral, contratación, horario, jornada, salario). Algunas preguntas pueden ser adaptadas a la realidad de la unidad objeto de evaluación y/o suprimidas atendiendo a la garantía de anonimato.

Las otras dos secciones, daños y efectos en la salud y dimensiones psicosociales, son preguntas universales para todo tipo de ocupaciones y actividades, y ninguna de ellas puede ni debe ser modificada o suprimida. Las dimensiones psicosociales incluidas en el cuestionario se muestran en el cuadro 2.

La procedencia y formulación de todas las preguntas que integran el cuestionario, así como los indicadores de validez y fiabilidad pueden consultarse en el manual del método, en el que también está desarrollado su marco conceptual, las condiciones de administración y el procedimiento de intervención en todo el proceso de evaluación.

## Análisis de datos y presentación de resultados

El análisis de los datos está estandarizado y se realiza en dos fases. La primera, descriptiva, a través de una aplicación informática de uso sencillo. La segunda, interpretativa, a través de la presentación de los resultados descriptivos en forma gráfica y comprensible para todos los agentes en la empresa para que éstos, en el seno del Grupo de Trabajo, los interpreten.

**Cuadro 2**  
**Dimensiones que mide el cuestionario COPSOQ (ISTAS21,PSQCAT21)**

GRUPOS DE DIMENSIONES, DIMENSIONES PSICOSOCIALES Y NÚMERO DE PREGUNTAS INCLUIDAS EN LA VERSIÓN MEDIA DEL COPSOQ (ISTAS21, PSOCAT21)		
Grupo dimensiones	Dimensiones psicosociales	Número de preguntas
Exigencias psicológicas	Exigencias cuantitativas	4

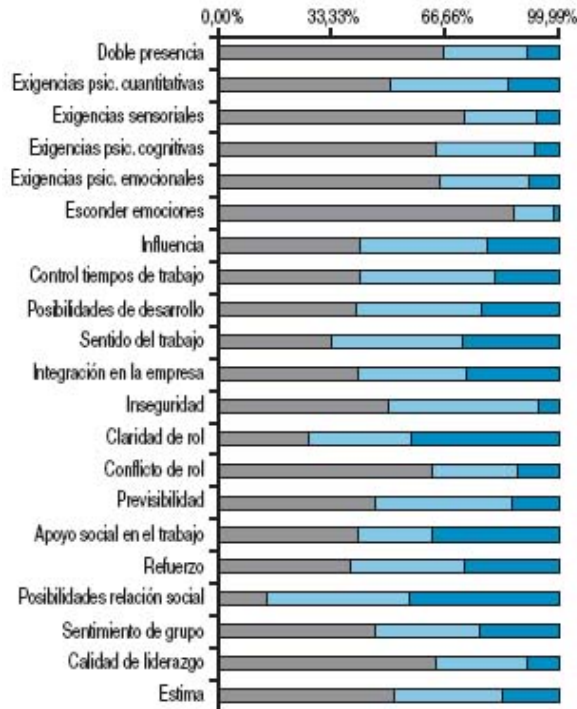
	Exigencias cognitivas	4
	Exigencias emocionales	3
	Exigencias de esconder emociones	2
	Exigencias sensoriales	4
Influencia y desarrollo de habilidades	Influencia en el trabajo	4
	Posibilidades de desarrollo	4
	Control sobre el tiempo de trabajo	4
	Sentido del trabajo	3
	Integración en la empresa	4
Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo	Previsibilidad	2
	Claridad de rol	4
	Conflicto de rol	4
	Calidad de liderazgo	4
	Refuerzo	2
	Apoyo social	4
	Posibilidades de relación social	2
	Sentimiento de grupo	3
Compensaciones	Inseguridad	4
	Estima	4
Doble presencia	Doble presencia	4

Se calculan tres tipos de resultados: las puntuaciones, la prevalencia de la exposición y la distribución de frecuencias de las respuestas. La puntuación expresa la mediana para cada una de las 21 dimensiones psicosociales (estandarizada de 0 a 100) en el centro de trabajo (o unidad menor) objeto de evaluación. Las dimensiones psicosociales se dividen en positivas (aquellas para las que la situación más favorable para la salud se da en puntuaciones altas: cuanto más cerca de 100 mejor) y negativas (aquellas para las que la situación más favorable para la salud se da en puntuaciones bajas: cuanto más cerca de 0 mejor). Se analiza tanto la distancia hasta la puntuación ideal (100 o 0 respectivamente) como la distancia hasta la puntuación obtenida por la población ocupada de referencia, lo que permite definir las *áreas de mejora*.

Así mismo, se presentan las *prevalencias* de exposición para cada factor de riesgo y unidad de análisis (ver ejemplos de presentación de resultados en figuras 3 y 4). A través de los resultados puede observarse el porcentaje de trabajadores expuesto a cada factor en todo el centro de trabajo, por cada sección, por cada puesto de trabajo, por tipo de contrato, por turno o por otra unidad de análisis previamente consensuada, en cada uno de los tres niveles de exposición: *rojo* (nivel de exposición más desfavorable para la salud); *amarillo* (nivel de exposición intermedio); *verde* (nivel de exposición más favorable para la salud). Estos porcentajes se obtienen aplicando los puntos de corte de cada una de las dimensiones (los terciles poblacionales, obtenidos en la encuesta representativa de la población ocupada Navarra), a los datos obtenidos de los cuestionarios de los trabajadores de la empresa. De no existir diferencias con la población Navarra en las exposiciones, todos los porcentajes que se muestran en estas tablas deberían presentar exactamente el valor de 33,3%. Estos datos permiten la localización de las exposiciones problemáticas.

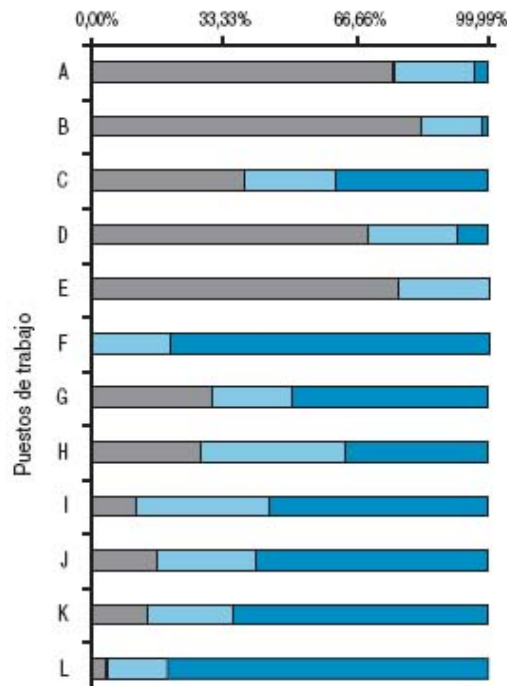
**Figura 3**

**Exposición a riesgos psicosociales en el centro de trabajo X. Porcentaje de trabajadores/as en cada tercil de referencia (gris: situación más desfavorable para la salud; azul claro: intermedia; azul oscuro: situación más favorable)**



**Figura 4**

**Dimensión Control sobre los tiempos de trabajo. Porcentaje de trabajadoras/es en cada nivel de referencia por puestos de trabajo**



También se presenta la *distribución de frecuencias* de las respuestas a todas las preguntas correspondientes a cada factor de riesgo, lo que permite describir las características de la situación de exposición.

El conjunto de los resultados, presentados de forma comprensible mediante tablas y gráficos de barras por dimensiones psicosociales y unidades de análisis, permite la identificación de aspectos a mejorar en materia de organización del trabajo. También suponen una base técnica objetiva para la identificación de problemas, para el establecimiento de prioridades y para la orientación de la acción preventiva (pues las 21 dimensiones están formuladas en términos operativos, con correlación establecida con acciones preventivas). Por último, fomentan las estrategias participativas y negociadoras en prevención de riesgos laborales (pues el método facilita las bases técnicas necesarias mediante un lenguaje integrador y común).

COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) es un instrumento de dominio público que puede ser usado libre y gratuitamente por todos los

agentes y profesionales de la prevención de riesgos laborales. La versión en castellano puede obtenerse por descarga desde la web de ISTAS ([www.istas.net](http://www.istas.net)). La versión en catalán, integrada en el Manual de Evaluación de Riesgos Laborales del Departament de Treball i Indústria de la Generalitat de Catalunya, puede obtenerse a través de la web de dicha entidad ([www.gencat.net/treballiindustria/relacions\\_laborals/Seguretatalut/manual\\_riscos/psqcat21](http://www.gencat.net/treballiindustria/relacions_laborals/Seguretatalut/manual_riscos/psqcat21)). Es muy importante descargar no solamente la aplicación informática del método, sino también sus manuales y materiales de apoyo, en los que podrá encontrarse diversa y detallada información de interés.

## Bibliografía

1. BELKIC, K., LANDSBERGIS, PA., SCHNALL, PL., BAKER, D.  
**Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?**  
*Scand J Work Environ Health*. 2004;30(2):85-128.
2. COMISIÓN EUROPEA  
**Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo -¿la "sal de la vida" o "el beso de muerte"?**  
*Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas*, 2000.
3. DORMANN, C., ZAPF, D.  
**Customer-related social stressors and burnout**  
*J Occup Health Psychol*, 2004 Jan;9(1):61-82.
4. GARCÍA, AM., GADEA, R.  
**Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España**  
*Arch Prev Riesgos Labor*, 2004;7(1):3-8.
5. LEVI, L.  
**Work, worker and wellbeing. An overview**  
*In: AA. VV. A healthier work environment. Basic concepts and methods of measurement. Proceedings of an international meeting. Stockholm, 1991.*
6. MONCADA, S., LLORENS, C., KRISTENSEN, T S.  
**Método ISTAS21 (CoPsoQ). Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo**  
*Madrid. Istas*, 2004. [http://www.istas.ccoo.es/descargas/m\\_metodo\\_istas21.pdf](http://www.istas.ccoo.es/descargas/m_metodo_istas21.pdf)
7. MONCADA, S., LLORENS, C., NAVARRO A., C., KRISTENSEN, T S.  
**ISTAS21: Versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ)**  
*Arch Prev Riesgos Labor* 2005;8(1):18-29.
8. RUGULIES, R.  
**The National Institute for Occupational Safety and Health Generic Job Stress Questionnaire and the Copenhagen Psychosocial Questionnaire**  
*In: Forum on "The way we work and its impact on our health". Scientific Summaries Paper. Los Angeles, 2004 (mimeo)*
9. SIEGRIST, J.  
**Adverse health effects of high-effort/low reward conditions**  
*J Occup Psychol*, 1996; 1: 27-41.
10. SIEGRIST, J., MARMOT, M.  
**Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges**  
*Soc Sci Med*, 2004; 58:1463-73.
11. STANSFELD, SA., FURHER, R., SHIPLEY, MJ., MARMOT. M.  
**Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study**  
*Occup Environ Medicine*, 1999;56:302-307.
12. THE EUROPEAN HEART NETWORK. EXPERT GROUP ON PSYCHOSOCIAL AND OCCUPATION FACTORS  
**Social factors, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union**  
*Brussels: European Heart Network. 1998.*