

# Modelamiento del compromiso laboral ante la COVID-19 en un hospital público del centro de México

Modelling labor commitment towards COVID-19 in a public hospital in central Mexico

Cruz García Lirios<sup>1</sup>

## Resumen

**Objetivos:** modelar los indicadores del compromiso laboral considerando la exposición al contagio debido a la transmisión comunitaria de la pandemia en una institución de salud pública. **Métodos:** se estudiaron las dimensiones psicométricas en una observación transversal con una muestra de 100 practicantes profesionales y servidores sociales en una institución de salud asignada a la atención de la pandemia. Se utilizó la Escala de Compromiso Laboral de Carreón (2021) la cual mide siete dimensiones: social, sectorial, académico, formativo, familiar, profesional y personal. **Resultados:** se confirmó una estructura factorial de siete componentes principales que explicaron el 53% de la varianza total, aunque no fue incluido el compromiso gremial como un factor que explica la disposición favorable al conservar el prestigio de la carrera que se estudió. **Conclusiones:** se recomienda el contraste del modelo con la inclusión el compromiso gremial a fin de poder incrementar la varianza total explicada y anticipar un escenario de respuesta ante otra crisis sanitaria como un rebrote del COVID-19.

**Palabras claves:** Compromiso, Covid-19, Pandemia

## Abstract

**Objective:** modeling the indicators of work commitment considering the exposure to the contagion of the SARS CoV-2 coronavirus and the COVID-19 disease in a public health institution. **Methods:** a psychometric and cross-sectional study was carried out with a sample of 100 students from a public university in partnership with the health institution assigned to care for the pandemic. The Carreón Labor Commitment Scale (2021) was used, which includes seven dimensions related to the social, sectorial, academic, training, family, professional and personal spheres. **Results:** a factorial structure of seven main components was confirmed that explained 53% of the total variance, suggesting the inclusion of another factor that the literature identifies as the union commitment to refer to the disposition in favor of preserving the prestige of the career studied. **Conclusions:** it is recommended to contrast the model with the inclusion of union commitment in order to be able to increase the total variance explained and anticipate a response scenario to another health crisis such as a re-outbreak of COVID-19.

**Keywords:** Commitment, Covid-19, Pandemic

Hasta abril de 2021, la pandemia ha cobrado la vida de tres millones de personas en el mundo<sup>1</sup>. En México, alrededor de 500 mil víctimas suman los casos contabilizados, las muertes por neumonías atípicas y los excedentes de mortalidad en relación con el promedio nacional anual<sup>2</sup>. Por lo que durante esta crisis sanitaria, el Estado ha contratado alrededor de 80 mil profesionales de la salud para la atención en: pruebas de detección, terapia ambulatoria e intensiva, así como la inmunización<sup>3</sup>.

Sin embargo, el gobierno de México ha reconocido como dificultad un subregistro de casos,<sup>4</sup> en parte causado por el insuficiente personal capacitado y especializado en la atención de la salud<sup>5</sup>. De hecho, el país ocupa el primer lugar de letalidad en el personal de salud asociado a la infección por Covid-19<sup>6</sup>.

En este sentido, los estudios relativos al compromiso laboral en esta área, han reportado una estructura de factores:

a) social: vinculado a disposiciones de empatía y solidaridad con enfermos y familiares del mismo estrato socioeconómico<sup>7</sup>; b) sectorial: referido a el prestigio de las instituciones de salud pública<sup>8</sup>; c) académico: alusivo a la reputación de la universidad de egreso o posgrado<sup>9</sup>; d) formativo: referente a la tutoría con quienes se realizó la tesis<sup>10</sup>; e) familiar: relacionado con antecedentes de profesionistas de la salud<sup>11</sup>; f) profesional: relativo a la vocación<sup>12</sup> y g) personal: motivado por algún evento de riesgo<sup>13</sup>.

En los países con un sistema de salud desarrollado se ha reportado un reconocimiento y admiración a los profesionistas de la salud<sup>14</sup>. En contraste, en los países con un sistema de salud y atención pública deteriorada, los profesionistas han sido percibidos como un riesgo, al atribuirles la portación del coronavirus SARS CoV-2<sup>15</sup>. Ello ha ocasionado que los derechohabientes del sistema de salud pública no acudan al diagnóstico de la Covid-19 ante los primeros síntomas<sup>16</sup>. Incluso, los enfermos de Covid-19 han muerto en sus casas, reduciendo la saturación en los hospitales asignados e incrementando el subregistro de casos por neumonías atípicas<sup>17</sup>.

<sup>1</sup>Doctor en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México  
orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4761-1987>.

\*Correspondencia a: Cruz García Lirios  
Correo electrónico: [cgarciali@uaemex.mx](mailto:cgarciali@uaemex.mx)

Recibido el 04 de marzo de 2021. Aceptado el 13 de mayo de 2021.

En este contexto de crisis sanitaria y económica, confinamiento y distanciamiento social, así como de excedentes de mortandad, emerge el compromiso laboral como un denominador común entre los profesionistas de la salud. Se trata de una disposición favorable hacia la atención de los contagios; diagnóstico con pruebas de detección, tratamiento con medicamentos experimentales y aplicación de vacunas<sup>18</sup>.

Sin embargo, la propensión al compromiso laboral ante la pandemia es asimétrica. Las diferencias entre trabajadores de la salud, considerando profesiones y proximidad con usuarios del servicio público sugiere mayores compromisos laborales para quienes tienen un mayor grado de estudios, pero mayores compromisos sociales para quienes atienden a derechohabientes con enfermedades crónicas degenerativas<sup>19</sup>.

En este contexto de crisis sanitaria y económica, el compromiso laboral y social no sólo se ha diferenciado sino, además, se ha diversificado. Si bien los trabajadores mantienen su compromiso social con la atención a los usuarios del servicio público, la recesión económica genera en los trabajadores de actividades no esenciales un compromiso familiar que estriba en no endeudarse ante un eventual desempleo. En el caso del sector salud, los riesgos de contagio, enfermedad y muerte son más aceptados por personal con bajos salarios y extenuantes jornadas laborales. El miedo a perder el empleo y el endeudamiento genera una propensión a las jornadas laborales extensas<sup>20</sup>.

El compromiso laboral, profesional y social derivados del contexto de riesgos de contagio por coronavirus genera una inseguridad percibida. Se trata de una consecuencia directa del confinamiento y el distanciamiento social que permite la diseminación de atribuciones a riesgos asociados con profesiones<sup>21</sup>.

El objetivo del presente trabajo fue contrastar un modelo explicativo del compromiso laboral en un escenario de riesgo de contagio como es una institución de salud pública dedicada a la atención de la pandemia<sup>22</sup>. De este modo, el presente trabajo pretende observar diferencias significativas entre los diagnósticos de compromiso laboral en instituciones de salud pública anteriores a 2019 a fin de poder apreciar la relación entre este proceso con respecto a los factores reportados en la literatura.

Por lo que nos realizamos el siguiente cuestionamiento: ¿Existen diferencias significativas entre la estructura del compromiso laboral reportada en la literatura con respecto al modelo estructural observado en la presente investigación?

De acuerdo con la teoría del compromiso laboral, la cual enfatiza una estructura de siete factores, sería posible observar diferencias significativas entre la estructura reportada en la literatura con respecto a los factores establecidos en el presente trabajo. Esto es así porque el compromiso laboral hace referencia a disposiciones ante eventos de riesgo que están dentro de un margen de predicción y control<sup>23</sup>, pero en una crisis sanitaria la información es limitada para estudiantes en formación académica, profesional y laboral<sup>24</sup>. Por consiguiente, su compromiso laboral será distinto al del personal sanitario

con más experiencia, ya que la crisis sanitaria de la influenza H1N1 incidió en el compromiso del personal con más de 15 años en la institución de salud pública<sup>25</sup>.

## Material y métodos

**Diseño.** Se realizó un trabajo psicométrico en virtud de que el compromiso laboral es una variable que ha sido propuesta en las ciencias del comportamiento<sup>26</sup>. Se llevó a cabo una investigación transversal considerando que la pandemia ha tenido un brote prolongado en México y se asumió como pertinente una medición transcurridos 15 meses de confinamiento y distanciamiento social<sup>27</sup>.

**Muestra.** Se encuestaron a 100 estudiantes ( $M = 24,3$  DE = 3,21 años;  $M = 9'834,271$  DE = 643,21 ingreso familiar mensual) de una universidad pública con sistema de formación académica y profesional en una institución de salud pública.

**Instrumento.** A partir de las escalas: 1) Retorno al trabajo<sup>28</sup>, 2) Compromiso de seguridad<sup>29</sup>, 3) Compromiso laboral,<sup>30</sup> 4) Retiro del trabajo<sup>31</sup> y 5) Desempeño de habilidades<sup>32</sup> se diseñó la Escala de Compromiso Laboral (ECL-28)<sup>33</sup>.

Se seleccionaron los reactivos acordes a la medición del compromiso en situaciones de riesgo, considerando sus niveles de fiabilidad (alfa de Crombach de entre 0,70 y 0,90). Jueces expertos en la temática, mediante la técnica Delphi en tres rondas (calificativa, retroalimentativa y reconsiderativa), calificaron con -1 la no pertinencia del ítem y con +1 su recomendación de adaptarlo al contexto de la Covid-19 y su inclusión en la escala final. Se realizó el piloteo de la escala con 100 estudiantes y la validez con otros 100 estudiantes. Ambos grupos adscritos a universidades públicas del centro de México.

De este modo, la escala incluyó a siete dimensiones: social ("La Covid-19 afectó a México porque aquí a los extranjeros se les dice: -mi casa es tu casa-"), sectorial ("La Covid-19 impactó al sector salud por investirse como garante del hoy por ti, mañana por mí"), académico ("Los efectos de la Covid-19 ya se esperaban como pandemia en la academia desde hace tiempo"), formativo ("Mis mentores ya sabían de los efectos de una pandemia como la Covid-19"), familiar ("Enfrento a la Covid-19 como lo haría cualquiera de mis familiares profesionistas de la salud"), profesional ("Mi profesión se forjó ante pandemias como la Covid-19") y personal ("Apoyo en la atención a la Covid-19 como cualquier profesionista de la salud"). Todos los reactivos incluyeron cinco opciones de respuesta que van desde 0 = "nada de acuerdo" hasta 5 = "bastante de acuerdo". Las propiedades psicométricas del instrumento registran una consistencia interna entre 0,750 y 0,850 así como una validez de tres a siete factores con pesos beta de 0,300 a 0,700.

**Procedimiento.** Se contactó a los estudiantes a través del correo institucional, anexando la encuesta y el consentimiento informado<sup>34</sup> en donde se detalla la información del proyecto, los responsables, su participación y la garantía de confidencialidad y anonimato de sus respuestas. Se recalzó la no remuneración por su participación y el sentido de

Tabla 1: Distribución normal, fiabilidad y validez del instrumento

R	M	DE	A	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
r1	4,10	1,01	0,781	0,562						
r2	4,35	1,02	0,793	0,671						
r3	4,61	1,04	0,793	0,632						
r4	4,30	1,04	0,763	0,651						
r5	4,03	1,05	0,761		0,561					
r6	4,01	1,54	0,703		0,672					
r7	4,76	1,57	0,794		0,681					
r8	4,19	1,03	0,704		0,690					
r9	4,10	1,24	0,761			0,651				
r10	4,15	1,35	0,783			0,572				
r11	4,12	1,46	0,762			0,498				
r12	4,16	1,81	0,751			0,561				
r13	4,95	1,43	0,793				0,561			
r14	4,65	1,01	0,764				0,672			
r15	4,62	1,36	0,712				0,461			
r16	4,34	1,37	0,761				0,490			
r17	4,21	1,29	0,719					0,671		
r18	4,35	1,42	0,715					0,580		
r19	4,23	1,47	0,719					0,572		
r20	4,13	1,58	0,762					0,591		
r21	4,32	1,31	0,716						0,603	
r22	4,33	1,43	0,782						0,692	
r23	4,27	1,54	0,763						0,687	
r24	4,10	1,65	0,701						0,609	
r25	4,05	1,39	0,761							0,61
r26	4,02	1,67	0,732							0,572
r27	4,28	1,25	0,712							0,503
r28	4,04	1,47	0,742							0,601

Nota: Elaborada con los datos del estudio; R = Reactivo, M = Media, DE = Desviación Estándar, A = Alfa quitando el valor el ítem. Adecuación (KMO = ,865), Esfericidad ( $\chi^2 = 21,23$  (12df)  $p < ,05$ ). Homocedasticidad (Levene = 1,45 (12 gl)  $p < ,05$ ). F1 = Social (16% de la varianza total explicada y alfa de ,778), F2 = Sectorial (13% de la varianza total explicada y alfa de ,765), F3 = Académico (10% de la varianza total explicada y alfa de ,780), F4 = Formativo (7% de la varianza total explicada y alfa de ,756), F5 = Familiar (4% de la varianza total explicada y alfa de ,752), F6 = Profesional (2% de la varianza total explicada y alfa de ,790), F7 = Personal (1% de la varianza total explicada y alfa de ,760). Todos los ítems incluyen cinco opciones de respuesta que van desde 0 = “nada de acuerdo” hasta 5 = “bastante de acuerdo”.

sus respuestas las cuales no se consideraron incorrectas o correctas.

Análisis. Se procesó la información en el software SPSS (versión 24.0). Se calcularon los parámetros de linealidad, homocedasticidad, adecuación, esfericidad, fiabilidad,

validez, correlación, covarianza ajuste y residual<sup>35</sup> a fin de poder probar la hipótesis de diferencias significativas entre la estructura reportada en la literatura y el modelo probado empíricamente en el presente estudio.

Interpretación. Los valores que se aproximaron a la

Tabla 2: Relaciones entre los factores

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
F1	1,0							1,9	,32	,64	,43	,68	,53	,65
F2	,32*	1,0							1,8	,51	,44	,61	,52	,57
F3	,35**	,42*	1,0							1,7	,57	,63	,34	,43
F4	,42*	,46*	,51*	1,0							1,9	,57	,46	,51
F5	,36***	,35**	,53*	,62*	1,0							1,7	,44	,58
F6	,31*	,47*	,43*	,58**	,52*	1,0							1,6	,36
F7	,37*	,51*	,30**	,43*	,43*	,37*	1,0							1,8

Nota: Elaborada con los datos del estudio; F1 = Social, F2 = Sectorial, F3 = Académico, F4 = Formativo, F5 = Familiar, F6 Profesional, F7 = Personal: \* p < 0,01; \*\* p < 0,001; \*\*\* p < 0,0001.

unidad se consideraron como evidencia de colinealidad y multicolinealidad<sup>36</sup>. Los valores próximos a cero como evidencia de relación espuria<sup>37</sup>. Los valores entre 0,300 y 0,900 como evidencia de relación lineal, consistencia interna y composición factorial<sup>38</sup>. En el caso de los valores de ajuste y residual el criterio se invierte, asumiéndose el no rechazo de la hipótesis nula de diferencias significativas entre la estructura reportada en la literatura con respecto a la observada en el presente estudio.

**Resultados**

Los valores de los parámetros que miden la linealidad, normalidad, homocedasticidad, adecuación, esfericidad, fiabilidad y validez alcanzaron niveles permisibles que permitieron la estimación de la matriz de relaciones entre los factores establecidos, los cuales explicaron el 53% de la varianza total (véase Tabla 1). Es decir, los resultados muestran que el instrumento puede ser empleado en otras muestras y contextos alcanzando umbrales de medición recurrentes, aún y cuando la Covid-19 impacta de modo asimétrico a los sectores laborales, el instrumento mide consistentemente sus

grados de compromiso.

La estructura de siete factores explicó el 53% de la varianza. Estos siete factores fueron relacionados entre sí con el propósito de observar su estructura de asociaciones y covarianzas (véase Tabla 2). Esto es así porque la estructura de relaciones entre los factores advierte la emergencia de un factor de segundo orden común que la literatura identifica como compromiso general. Se trata de una variable que puede ser observada en escenarios de riesgo de contagio como la pandemia que socava el compromiso de los trabajadores. Es decir, la exposición a riesgos arroja respuestas de los encuestados donde se estructuran dimensiones de su compromiso acordes a situaciones específicas y relacionadas con la transmisión comunitaria del coronavirus.

La estructura factorial advierte la inclusión de otros factores. Se trata del compromiso gremial y aspiracional para dar cuenta del prestigio de los profesionistas de la salud y de las recompensas por su desempeño durante la pandemia. Además, las asociaciones entre los factores denotan un factor común que la literatura identifica como compromiso laboral para explicar la influencia de otros compromisos en el desempeño

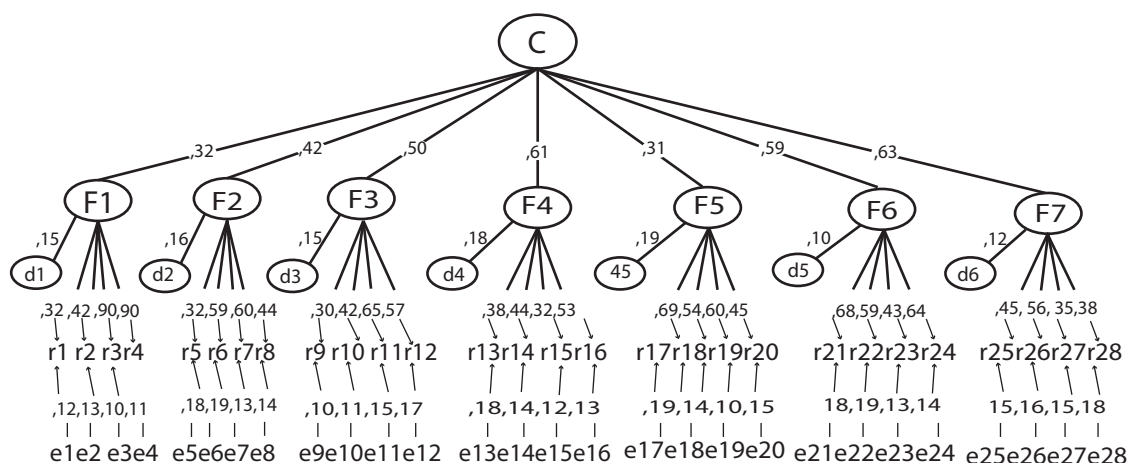


Figura 1: Modelo de ecuaciones estructurales

ante una crisis o evento de riesgo (véase Figura 1). Tal hallazgo es relevante en el estudio del compromiso ante la pandemia, ya que la literatura reporta indicadores de este compromiso que el presente estudio ha observado en su convergencia como una disposición preponderante.

Los valores de ajuste y residual [ $\chi^2 = 231,14$  (25df)  $p > 0,05$ ; GFI = 0,997; CFI = 0,999; RMSEA = 0,0007] sugieren el no rechazo de la hipótesis nula relativa a las diferencias significativas entre la estructura teórica con respecto al modelo empírico. Es decir que el modelo puede ser probado en otros escenarios de riesgo alcanzando una diferencia significativa con la literatura que reporta las dimensiones de un modo aislado, pero con una estructura similar a los modelos que se elaboren siguiendo el método expuesto.

## Discusión

El modelamiento de siete dimensiones relacionadas con el compromiso laboral es la contribución al estado del conocimiento, aunque se recomienda la inclusión de otras dimensiones relativas al compromiso ante la situación económica que obliga a los trabajadores de la salud a trabajar horas extras o largas jornadas sin descanso, tratando de evitar un despido por falta de disposición o atribución de miedo a los riesgos de contagio, enfermedad y muerte. Líneas de estudio referentes a las actitudes ante estos estímulos permitirán advertir las emociones derivadas de la pandemia en escenarios de confinamiento, encierro y propensión a la Covid-19. En el caso de quienes realizan teletrabajo o trabajo en casa, la medición del compromiso deberá considerar los efectos del desconfinamiento, aún ante la inmunización por vacuna. Es el caso de quienes retornan al trabajo obligados por el semáforo epidemiológico o la importancia de su ocupación, siendo sus emociones ante la crisis sanitaria un factor determinante de su compromiso. Esto significa que el modelo propuesto puede avanzar hacia una estructura híbrida donde se incluyan variables reflejantes como las siete dimensiones observadas y variables determinantes como las del tipo de profesión, exposición a riesgo y emociones ante la pandemia. La prueba empírica de esta propuesta con otras muestras permitirá optimizar el modelo a fin de poder explicar los efectos de la pandemia en el desempeño del personal de servicios de salud.

A diferencia de los estudios que reportan tres dimensiones preponderantes relativas al compromiso académico-formativo, profesional-laboral y social-cultural, 39 el presente estudio advierte la hegemonía de siete factores disgregados en social, sectorial, académico, formativo, familiar, profesional y personal. Se trata de una estructura factorial que explicó el 53% de la varianza total y que permitió el modelamiento de las dimensiones con respecto a un factor común. En cuanto a los estudios que destacan cinco dimensiones alusivas a los ámbitos social, institucional, gremial, familiar y personal, 40 se recomienda la inclusión de los factores académico y formativo para explicar la transición de las prácticas profesionales y el servicio social hacia disposiciones favorables al desempeño profesional y laboral. Respecto a los trabajos que enfatizan un factor común con relación a tres o cinco factores, 41 la presente investigación sugiere que se consideren otros factores asociados a la adhesión al tratamiento para anticipar un escenario de compromiso de profesionistas de la salud y el éxito en el tratamiento de la Covid-19. Se trata de los factores social y familiar que se vinculan con la adhesión al tratamiento al conformar el soporte social predictivo.

El impacto de la pandemia en México, el sector de la salud y los profesionistas de instituciones de atención pública, incluyendo becarios, servidores y practicantes sociales puede ser estimado a partir del compromiso laboral. En el presente trabajo se modelaron siete factores que explican el efecto de la Covid-19 en una institución de salud pública asignada a la atención de la pandemia. Se trata de una estructura que propone la inclusión de factores explicativos de la formación académica, profesional y laboral con otras dimensiones sociales y grupales para anticipar respuestas de los profesionistas de la salud ante una contingencia sanitaria.

La contrastación del modelo propuesto y la inclusión de dimensiones formativas y gremiales abrirán el debate sobre los efectos de la pandemia en el compromiso de estudiantes en formación académica y profesional en el sector salud. El análisis del prestigio de profesiones relacionadas con los servicios de salud pública permitirá elaborar programas de formación académica y profesional.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## Referencias bibliográficas

- World Health Organization. Statistical of coronavirus SARS CoV-2 and Covid-19 disease in the world. Ginevra: WHO 2021 <https://www.who.int/es>
- Organización para el Desarrollo Económico y la Cooperación. Estadística por país. Bruselas : OCDE 2020 <http://www.oecd.org/>
- Panamerican Health Organization. Statistical of coronavirus SARS CoV-2 and Covid-19 disease in the Americas. New York: PAHO 2021 <https://www.paho.org/es>
- Secretaría de Salud. Estadísticas del coronavirus SARS CoV-2 y la enfermedad Covid-19 en México. México: SSA 2020 <https://www.gob.mx/salud>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas del SARS CoV-2 y la enfermedad Covid-19 en México. México: INEGI 2020 <https://www.inegi.org.mx/>
- Juarez M. Specification a model for study of corporate assistance. *Glo J Arc Ant*, 2020; 11 (2), 50-54
- Mamani O, Apaza E, Carranza R, Rodríguez F, Mejía C. Inseguridad laboral en el empleo percibida ante el impacto del COVID-19: validación de un instrumento en trabajadores peruanos (LABOR-PE-COVID-19). *Rev Aso Esp Med Tra* 2020, 29 (3), 177-256 <http://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v29n3/1132-6255-medtra-29-03-184.pdf>
- Sánchez A, Carreón J, Molina H, García C. Contrastación de un modelo de formación laboral. *Int Sab*, 2018; 3 (5), 37-73
- Martínez E, Sánchez A, García C. Governance of quality of life and well-being subjective. *Ajayu*, 2019; 17 (1), 121-139
- García J, Delgado M, García C. Confiabilidad y validez de un instrumento que mide el bienestar sanitario. *Eureka*, 2018; 15 (2), 44-52
- Carreón J. Algorithmic meta analytical of the effects of social services on the vulnerable population. *J Geo, Env Ear Sci Int*, 2019; 22 (2), 1-9

12. Garcia C. Specification a model for study of occupational health. *Glo J Man Bus Res*, 2020; 20 (1), 1-6
13. Juarez M, Garcia C, Quintero M. Composición factorial confirmatoria de la norma laboral percibida. *Cie Soc*, 2019; 1, 1-14
14. Garcia C. Exploratory dimensions of the attitudes toward occupational health. *Emp Dim*, 2019; 17 (3), 1-8
15. Hernandez J. Specification of a social intervention model against COVID-19. *Bio. Med. J. Sci. Tec. Res*. 2020; 26 (3), 1-4
16. Morales M, Garcia C. Exploratory factorial modelling of the sanitary habitus. *Annals of Heath*, 2019; 1 (1), 1-6 <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.10545.43365>
17. Lopez S, Vilchis F, Delgado M, Morales M, Olvera A, García C. Specified model base on meaning related to climate and the institutional norm of workers in health center in Mexico. *Ehquidad*, 2019; 11, 11-25 <http://dx.doi.org/10.15257/ehquidad.2019.0001>
18. Matsui K, Yamamoto K, Inoue Y. Professional commitment to ethical discussion needed from epidemiologists in the Covid-19 pandemic. *J Epid* 2020; 30 (9), 375-376 [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/30/9/30\\_JE20200278/\\_pdf/-char/en](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/30/9/30_JE20200278/_pdf/-char/en)
19. Aghalari Z, Dahms H, Jafarian S, Gholinia H. evaluation of organizational and social commitments and elated factors during the coronavirus pandemic of healthcare workers in northern Iran. *Glo Hea*, 2021; 7 (1), 12.19 <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-020-00658-0.pdf>
20. Machokoto W. A commitment under challenging circumstances: analyzing employee commitment during the fight against Covid-19 in the UK. *Int J Adv Res*. 2020; 8 (4), 516-522 [http://www.journalijar.com/uploads/351\\_IJAR-31332.pdf](http://www.journalijar.com/uploads/351_IJAR-31332.pdf)
21. Mamani O, Apaza E, Carranza R, Rodríguez J, Mejía C. Inseguridad laboral en el empleo percibida ante el impacto de la Covid-19: Validación de un instrumento en trabajadores peruanos *Rev Asoc Esp Med Trab*. 2020; 29 (3), 184-194 <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v29n3/1132-6255-medtra-29-03-184.pdf>
22. Fierro E, Alvarado M, Garcia C. Contrast a model of labor commitment in a public institution of the center of Mexico. *Psi*, 2018; 7 (13), 32-48
23. Fierro E, Nava S, Garcia C. Confiabilidad y validez de un instrumento que mide el compromiso organizacional en un centro de salud comunitaria. *Tlatemoani*, 2018; 29, 42-68
24. Garcia C, Martinez E, Sanchez A. Estructura factorial exploratoria de las dimensiones institucionales del compromiso laboral en una institución de educación superior (IES) del centro de México. *Perspectivas*, 2018; 20 (2), 65-87 <http://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/75/44>
25. Medina L, Quintana G, Juárez I, Shafil J. Occupational to exposure Covid-19 in health care workers from latinamerican. *Rev Cie Med* 2020, 23 (2), 2007-213 <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4260/426064022014/html/index.html>
26. Dantas N, Carneiro E, Santos S, Mo T, Maciqueira S, Silva K. Nursing worker Covid-19 pandemic and repercussions for workers' mental health. *Rev Gau Enf*. 2021, 42 (esp), 1-6 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>
27. López S, Vilchis F, Morales M, Delgado M, Olvera A, Mendoza D, García C. modelo especificado a partir de significados en torno al clima y la norma institucional en trabajadoras de un centro de salud en México. *Ehq*. 2019; 11, 11-25 <http://doi.org/10.15257/ehquidad.2019.0001>
28. Yuan Z, Ye Z, Zhong M. Plug back into work, safety: Reattachment, leader safety commitment, and job engagement in the Covid-19 pandemic. *J App Psy*. 2021; 106 (1), 62-70 <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-87189-001.pdf>
29. Brouwer S, Franche R, Johson S, Lee H, Krause N, Shaw W. Return to work self-efficacy: Development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorder. *J Occup Rehab*. 2011; 21 (1), 244-258
30. Silva J, Harter R, Lagervel S, Fischer F. Brazilian cross-cultural adaptation of "return to work self-efficacy" questionnaire. *Rev Saude Pub*. 2017; 51 (8), 1-9 <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006778.pdf>
31. Ramirez C, Garcia J, Garcia J. Happiness at work: Measurement scale validation. *Rev Adm Emp*. 2019; 59 (5), 327-340 [https://www.scielo.br/pdf/rae/v59n5/en\\_0034-7590-rae-59-05-0327.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rae/v59n5/en_0034-7590-rae-59-05-0327.pdf)
32. Lokman S, Volker D, Zijlstra M, Brouwers E, Boon B, Beekman A, Smit F, Feltz C. Return to work intervention versus usual care for sick listed employees: Health economic investment appraisal alongside a cluster randomized trial. *BMJ*. 2017; 7 (1), 1-11 <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/10/e016348.full.pdf>
33. Soto A, Dorner A, García C, Hernández T. el bienestar colectivo como tema de resocialización familiar en la sociedad del capitalismo informacional. *Uto. Prax. Latinoamericana*, 2018; 23 (83), 51-56
34. Garcia C. Specification a model for study of community health. *Glo. J. Adi. Reh, Med*. 2020; 6 (5), 63-67
35. Garcia C. Specification a model for study of occupational health. *Glo. J. Man. Bus. Res*. 2020; 20 (1), 1-6
36. Garcia C. Specification of a self-care model. *Lux. Med*. 2019; 42 (1), 15-25
37. García J, Delgado M, García C. confiabilidad y validez de un instrumento que mide el bienestar sanitario. *Eureka*, 2018; 15 (2), 244-252
38. Llamas B, López S, García C. Specification of a model adherence to treatment. *Ajayu*, 2019; 17 (1), 140-160
39. Bautista M, Aldana W, García C. Analysis of expectations of adherence to the treatment of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in students of a public university. *Soc Per*, 2018; 20 (1), 53-70.
40. Limon G, Lopez S, Bustos J, Garcia C. Hybrid factors structural well-being. *International Journal Psychology*, 2019; 1 (1), 1-23 <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.35816.11524>
41. Limon G. Especificación de un modelo de información sobre el coronavirus covid 19. *Rev Int Est Cie Soc*, 2020; 8 (6), 1-5.