*Gestión Psicoemocional ante COVID-19.*

**CUESTIONARIO SUGERIDO DE EVALUACIÓN DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD ANTE COVID-19**

Preguntas para el tema mañana Reacciones ante covid y el retorno al trabajo.

1. ¿Qué edad tienes?

20-30 años

31-40 años

41-50 años

>50 años

2. ¿El día de hoy te sientes seguro de regresar al trabajo sin miedo al trabajo?

SI

NO

3. Al retorno a tu trabajo, ¿Qué acciones hacen que te sientas mas seguro?

Disponibilidad de gel antibacterial

Poco importante

Es necesario

Es básico para mi retorno

Que se te proporcione Mascarilla/ cubrebocas

Poco importante

Es necesario

Es básico para mi retorno

Que sea una careta parte de tu EPP

Poco importante

Es necesario

Es básico para mi retorno

La presencia de tapete sanitizante

Poco importante

Es necesario

Es básico para mi retorno

Que todas las personas con las que conviva pasen por un filtro sanitario

Poco importante

Es necesario

Es básico para mi retorno

La sanitización de las áreas por parte del personal de limpieza

Poco importante

Es necesario

Es básico para mi retorno

Que todas las personas usen cubrebocas

Poco importante

Es necesario

Es básico para mi retorno

Que todas las personas guarden la sana distancia

Poco importante

Es necesario

Es básico para mi retorno

La presencia de barreras físicas en el lugar de trabajo (acrílicos).

Poco importante

Es necesario

Es básico para mi retorno

Que la empresa me permita ejecutar home office

No es importante

Solo un día por semana

Definitivo, me siento mas seguro.

4. Respecto al Home Office, percibes.

a) aumenta mi productividad y permite el balance trabajo- familia

b) Aumenta mi productividad pero también la carga de trabajo dentro del horario laboral.

c) Laboro mas horas de las programadas.

d) no se me permite hacer home office

e) mi puesto no es compatible con home office.

*Gestión Psicoemocional ante COVID-19.*

**CUESTIONARIO SUGERIDO DE EVALUACIÓN PSICOEMOCIONAL ANTE COVID-19**

¿Conoces a alguien cercano con COVID?

SI

NO

¿Tienes alguna enfermedad crónica?

SI

NO

**Clasifica del 0 al 10 en el último mes como te sientes, siendo 0 en lo absoluto y 10 exactamente.**

Pienso o imagino repetidamente que me voy a enfermar

Tengo pesadillas que se repiten sobre la enfermedad

Tengo reacciones físicas desagradables cuando pienso en la enfermedad (latidos rápidos, sudoración, temblor)

Evito pensar, sentir o hablar de la enfermedad

Evito ver o recurrir a información oficial sobre la enfermedad

Tengo dificultad para recordar las recomendaciones de las autoridades para enfrentar el riesgo

Pienso que si me enfermo o se enferma alguien de mi familia es por mi culpa

He perdido el interés por las actividades que antes disfrutaba

Me siento distante de las personas con quienes convivo, a partir de que inicio la pandemia

Tengo dificultad para sentir afecto por mis seres queridos.

Siento que mi futuro es incierto a partir de que comenzó el riesgo de infectarme

Siento el deseo de hacer cosas para hacerme daño

Tengo dificultad para quedarme dormido o conciliar el sueño

Me siento enojado

Me cuesta trabajo para poner atención

Me siento nervioso

Me siento incapaz de controlar mis preocupaciones

He tenido dificultad para relajarme

Me siento preocupado por mi salud en general

Me siento preocupado por ciertos dolores o molestias físicas.

He pensado en la muerte

He tomado mas de 5 tragos en menos de dos horas.

SI

NO

NO CONSUMO ALCOHOL

He aumentado mi consumo de tabaco

SI

NO

NO CONSUMO DROGAS

Sufro violencia física o verbal

SI

NO

**\*Referencia: Cuestionario oficial del Instituto Nacional de Psiquiatría ante COVID 2019. Mayo 2020. https://misalud.unam.mx/covid19/**