

AMBS

Tomar medicamentos a diario de por vida es una tarea difícil. Nos gustaría encontrar maneras de facilitarte este proceso. Enumeramos a continuación varias razones que nos han dado adolescentes por las que les resulta difícil tomar sus medicamentos puntualmente cada día. Te pedimos que leas detenidamente cada afirmación. Marca la casilla de la derecha que refleje en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro/a	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Creo que el medicamento es difícil de tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Creo que tengo que tomar demasiadas pastillas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No me gusta el sabor del medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Creo que este medicamento tiene demasiados efectos secundarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No quiero tomar el medicamento en el colegio/instituto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considero que interfiere en mis actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Soy olvidadizo/a y no siempre me acuerdo de tomar el medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No soy muy organizado/a en lo que respecta a cuándo y cómo tomar el medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. No quiero que otras personas se den cuenta de que estoy tomando el medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A veces simplemente no me apetece tomar el medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me resulta difícil cumplir un horario de medicación fijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No me gusta cómo afecta el medicamento a mi aspecto físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Estoy cansado/a de tomar medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estoy cansado/a de vivir con una enfermedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A veces no me doy cuenta de que se me han acabado las pastillas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No tengo claro cómo tengo que tomar el medicamento (con o sin comida, con o sin agua, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. A veces me resulta difícil ir a la farmacia a comprar el medicamento antes de que se acabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay algo más que no hayamos mencionado y que te dificulte tomar el medicamento puntualmente cada día? _____					