

## PMBS

Tomar medicamentos a diario de por vida es una tarea difícil. Nos gustaría encontrar maneras de facilitarle este proceso a su hijo/a. Enumeramos a continuación varias razones que nos han dado las familias por las que a su hijo/a le resulta difícil tomar sus medicamentos puntualmente cada día. Le pedimos que lea detenidamente cada afirmación. Marque la casilla de la derecha que refleje en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro/a	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. A mi hijo/a le cuesta tragar el medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi hijo/a tiene que tomar demasiadas pastillas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A mi hijo/a no le gusta el sabor del medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi hijo/a considera que interfiere en sus actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi hijo/a es olvidadizo/a y no siempre se acuerda de tomar el medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi hijo/a no es 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"/>
7. Mi hijo/a no quiere que otras personas se den cuenta de que está tomando el medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mi hijo/a está muy ocupado/a con otras cosas que interfieren en la toma del medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mi hijo/a veces se encuentra mal y no puede tomar el medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A mi hijo/a le resulta difícil cumplir un horario de medicación fijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A mi hijo/a no le gusta cómo afecta el medicamento a su aspecto físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mi hijo/a está cansado/a de vivir con una enfermedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. No siempre estoy ahí para recordarle a mi hijo/o que tome el medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mi hijo/a cree que el medicamento tiene demasiados efectos secundarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mi hijo/a confía en que yo le recuerde que tome el medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mi hijo/a está cansado de tomar medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Hay algo más que no hayamos mencionado y que le dificulte a su hijo/a tomar el medicamento puntualmente cada día?</b> _____ _____					