

AMBS

Tomar medicamentos todos los días, de por vida, es una tarea difícil. Nos gustaría encontrar formas de hacer que este proceso sea más fácil para ti. A continuación, se enumeran varias razones que los adolescentes nos han dicho que les hace difícil tomar sus medicamentos a tiempo todos los días. Lee cada frase detenidamente. Marca la casilla, de las que aparecen a la derecha, que refleje cuánto estás de acuerdo o en desacuerdo con cada frase.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	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. Pienso 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 la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me parece que interfiere con mis actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Soy olvidadizo y no me acuerdo de tomar el medicamento cada vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No soy muy organizado en lo que se refiere 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 tengo ganas de tomar el medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se me hace difícil seguir un horario fijo para los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No me gusta lo que el medicamento le hace a mi aspecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Estoy cansado de tomar medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estoy cansado de vivir con una afección médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A veces, no me doy cuenta cuando se me acaban las pastillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me confundo sobre cómo debo tomar el medicamento (con o sin alimentos, con o sin agua, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. A veces, es difícil ir a la farmacia a recoger el medicamento antes de que se me acabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay alguna otra cosa que no hayamos mencionado y que te dificulte tomar tu medicamento a tiempo todos los días? _____					