

Anexo 1

THI

Nombre: _____

Fecha: _____

Conteste a las preguntas en función de su propia valoración, redondeando con un círculo una única respuesta.

1F	¿Le resulta difícil concentrarse por culpa de su acúfeno?	Si	A veces	No
2F	Debido a la intensidad del acúfeno ¿le cuesta oír a los demás	Si	A veces	No
3F	¿Se enoja a causa de su acúfeno?	Si	A veces	No
4F	¿Le produce confusión su acúfeno?	Si	A veces	No
5C	¿Se encuentra desesperado por tener acúfeno?	Si	A veces	No
6E	¿Se queja mucho por tener su acúfeno	Si	A veces	No
7F	¿Tiene problemas para conciliar el sueño por su acúfeno?	Si	A veces	No
8C	¿Cree que su problema de acúfeno es insolucionable?	Si	A veces	No
9F	Interfiere su acúfeno en su vida social (salir a cenar, al cine)	Si	A veces	No
10E	¿Se siente frustrado por su acúfeno?	Si	A veces	No
11C	¿Cree que tiene una enfermedad incurable?	Si	A veces	No
12F	Su acúfeno le impide disfrutar de la vida	Si	A veces	No
13F	¿Interfiere su trabajo en su trabajo o tareas del hogar?	Si	A veces	No
14F	¿Se siente a menudo irritable por causa de su acúfeno?	Si	A veces	No
15F	¿Tiene dificultades para leer por culpa de su acúfeno?	Si	A veces	No
16E	¿Se encuentra usted triste por debido a su acúfeno?	Si	A veces	No
17E	¿Cree que su acúfeno le crea tensiones o interfiere en su relación con la familia o amigos?	Si	A veces	No
18F	¿Es difícil para usted fijar su atención en cosas distintas a su acúfeno?	Si	A veces	No
19C	¿Cree que su acúfeno es incontrolable?	Si	A veces	No
20F	¿Se siente a menudo cansado por culpa de su acúfeno?	Si	A veces	No

21E	¿Se siente deprimido por culpa de su acúfeno?	Si	A veces	No
22E	¿Se siente ansioso por culpa de su acúfeno?	Si	A veces	No
23C	¿Cree que su problema de acúfeno le desborda?	Si	A veces	No
24F	¿Empeora su acúfeno cuando tiene estrés?	Si	A veces	No
25E	¿Se siente usted inseguro por culpa de su acúfeno?	Si	A veces	No