

Inventario de Incapacidad de Tinnitus (THI)*

El propósito de este cuestionario es identificar las dificultades que usted puede estar experimentando debido a su acúfeno –Tinnitus.

Conteste cada pregunta teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

SI, cuando es permanente.

NO, cuando no se presenta la situación.

A VECES, cuando se presenta de manera esporádica, en algunas ocasiones.

No.	Tipo	Pregunta	SI	A VECES	NO
1	F	¿Le cuesta concentrarse por culpa del ruido o zumbido en el oído?			
2	F	¿Le cuesta escuchar a los demás debido a que el zumbido es muy fuerte?			
3	F	¿Lo pone de mal humor el zumbido en el oído?			
4	F	¿Se siente confundido por culpa del zumbido en el oído?			
5	C	¿Se desespera con el ruido o zumbido del oído?			
6	E	¿Se queja mucho por tener el zumbido en el oído?			
7	F	¿Le cuesta quedarse dormido en la noche por culpa del zumbido del oído?			
8	C	¿Cree que el problema de su zumbido es algo sin solución?			
9	F	¿El zumbido de oído le impide disfrutar de la vida como por ejemplo: ir a cine o salir a cenar?			
10	E	¿Se siente desilusionado por culpa del zumbido del oído?			
11	C	¿Cree que tiene una enfermedad incurable?			
12	F	¿El zumbido del oído le impide disfrutar de la vida?			
13	F	¿Interfiere el zumbido del oído en su trabajo o en las labores de la casa?			
14	F	¿Se siente a menudo de mal humor por culpa del zumbido del oído?			
15	F	¿Le cuesta entender lo que lee por culpa del zumbido del oído?			
16	E	¿Se siente alterado por el zumbido del oído?			
17	E	¿Siente que el zumbido de oído le crea tensiones o interfiere en las relaciones con sus familiares y amigos?			

18	F	¿Le cuesta sacarse de la cabeza el zumbido y concentrarse en otra cosa?			
19	C	¿Siente que no puede controlar el zumbido de oído?			
20	F	¿Se siente a menudo cansado por culpa del zumbido de oído?			
21	E	¿Se siente deprimido por causa del zumbido de oído?			
22	E	¿Lo pone nervioso el zumbido de oído?			
23	C	¿Siente que ya no puede hacerle frente al zumbido de oído?			
24	F	¿Empeora el zumbido de oído cuando está estresado?			
25	E	¿Se siente inseguro por culpa del zumbido de oído?			
TOTAL					

Nivel de incapacidad – Severidad del acúfeno según el THI

1 – 16 _____ Leve
18 – 36 _____ Mediano
38 – 56 _____ Moderado
58 – 76 _____ Severo
78 – 100 _____ Catastrófico