



## ENCUESTA PARA POBLACIÓN SOBRE TINNITUS

---

Estimado/a:

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en colaboración con el laboratorio Reig Jofre, está llevando a cabo una campaña sobre el tinnitus, también conocido como acúfenos o pitidos en los oídos, para conocer su impacto sobre la población.

Por ello nos gustaría que respondiera a la siguiente encuesta en la que simplemente se recabará su opinión y donde no hay respuestas correctas o incorrectas. Le pedimos que responda con sinceridad y espontaneidad, sin pensarse mucho la respuesta. Los datos recogidos son anónimos y en ningún momento se podrá identificar las respuestas con su persona. Su participación es completamente voluntaria, son solo 5 minutos y su aportación nos permitirá conocer más acerca de cómo este problema de salud afecta a la población.

¡Muchas gracias!

### 1. Edad

- Menor de 25
- 26 a 45 años
- 46 a 65 años
- Mayor de 65 años

### 2.- Sexo:

- Mujer
- Hombre



**3.- Provincia en la que reside:**

**4.- ¿Ha tenido alguna vez tinnitus o pitidos en los oídos?**

Sí → pase a la pregunta 5.

No → **FIN**

**5.- ¿Cómo es el sonido que percibe? Seleccione una opción:**

Pitido

Silbido

Chasquido

Rugido

Zumbido

Otro

**6.- ¿Desde cuándo tiene tinnitus?**

Menos de 1 mes

1-3 meses

3-6 Meses

Más de 6 meses



## 7.- ¿Ha estado expuesto a ruidos fuertes?

- No → pase a la pregunta 9.
- Si → pase a la pregunta 8.

## 8.- ¿Ha utilizado tapones u otro tipo de protección auditiva?

- No
- Sí

## 9.- ¿Ha tenido o padece alguna de las siguientes enfermedades? Seleccione todas las opciones que sean necesarias:

- Hipertensión
- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Infección de oído
- Trastornos del oído
- Latigazo cervical
- Estrés
- Ansiedad
- Depresión
- Tumor cerebral
- Otros



**10.- ¿Ha tomado alguno de los siguientes medicamentos durante un tiempo prolongado?** Seleccione todas las opciones que sean necesarias:

- Furosemida (Seguril)
- Perindopril (Coversyl)
- Prazosina (Minipres)
- Antibióticos (ampicilina, eritromicina, azitromicina, gentamicina, metronidazol)
- Antineoplásicos
- AINE (ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno)
- Gabapentina

**11.- ¿Consumo alguna de las siguientes sustancias?** Seleccione todas las opciones que sean necesarias:

- Alcohol
- Tabaco
- Bebidas con cafeína (café, té, refrescos con cafeína, etc.)

**12.- ¿Ha utilizado algún tipo de medicación o tratamiento para aliviar o solucionar el tinnitus?**

- No → pase a la pregunta 14.
- Sí → pase a la pregunta 13.



**13.- ¿Qué tipo de tratamiento ha utilizado?** Seleccione todas las opciones que sean necesarias:

- Antibióticos
- Relajantes musculares
- Vasodilatadores
- Ansiolíticos/antidepresivos
- Terapias acústicas de enmascaramiento
- Terapia psicológica
- Complementos alimenticios

**14.- ¿Cómo le incapacita el tinnitus en su día a día?**

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

**15.- Desde que tiene tinnitus, ¿le cuesta más conciliar el sueño?**

- Sí
- No

**¡Muchas gracias por participar!**