

Anexo 1. Escala del Grado del Dolor Crónico (CPGS)

Puntúe en una escala que va de 0 a 10, siendo 0 "sin dolor" y 10 "dolor muy intenso" las siguientes cuestiones:

1. El dolor de espalda, de cabeza o facial que siente en este momento.

Sin dolor						Dolor muy intenso				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. La intensidad del peor dolor de espalda, de cabeza o facial que haya tenido en los últimos seis meses.

Sin dolor						Dolor muy intenso				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. El grado medio de intensidad del dolor de espalda, de cabeza o facial que ha sentido en los últimos seis meses (se refiere al dolor típico que tiene cuando experimenta este tipo de molestia).

Sin dolor						Dolor muy intenso				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Indique el número de días que, en los últimos seis meses, no ha podido realizar sus actividades habituales (trabajo, escuela o labores del hogar) a causa del dolor de espalda, de cabeza o facial.

5. Señale el grado de interferencia que el dolor de espalda, de cabeza o facial ha tenido en sus actividades diarias de los últimos seis meses, siendo 0 "sin interferencias" y 10 "imposible de realizar cualquier tipo de actividad".

Sin interferencias						Imposible de realizar				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Puntúe en una escala que va de 0 a 10, siendo 0 "nada" y 10 "totalmente" las siguientes cuestiones:

6. En los últimos seis meses, cuánto ha afectado su dolor de espalda, de cabeza o facial a su capacidad para participar en actividades recreativas, sociales y familiares.

Nada						Totalmente				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. En los últimos seis meses, cuánto ha afectado su dolor de espalda, de cabeza o facial a su capacidad para trabajar, incluyendo las labores de la casa.

Nada						Totalmente				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10