

## 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