

# Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Spanish)



International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology  
A Consortium Focused On Clinical Translation Research

Editor: Richard Ohrbach

Version: 20Jan2014

[www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org)

## Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares: Instrumentos de Evaluación

### Equipo de Traducción

*Yoly Gonzalez<sup>1</sup>*

*Eduardo Castrillón<sup>2</sup>*

*Juan Fernando Oyarzo<sup>3</sup>*

*Irene Espinoza de Santillana<sup>4</sup>*

### Colaboradores

*Fernando Ortiz<sup>5</sup>*

*José Velasco Neri<sup>6</sup>*

*Elba Leyva<sup>7</sup>*

<sup>1</sup>State University of New York at Buffalo, USA. <sup>2</sup>Aarhus University, Denmark.  
<sup>3</sup>Universidad Andrés Bello, Chile. <sup>4</sup> Benemérita Universidad Autónoma de Puebla,  
México., <sup>5</sup>Universidad Científica del Sur, Perú <sup>6</sup>Universidad de Guadalajara,  
México. <sup>7</sup>Universidad Autónoma de México, México

Accepted October, 2018 by the Consortium

Translation available at [www.RDC-TMDinternational.org](http://www.RDC-TMDinternational.org)

## Contenidos

<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
Guía de Impresión.....	4
Contenido (listado en Inglés para referencia) .....	4
Adaptación Cultural .....	5
Como citar este documento .....	6
Agradecimientos .....	8
<b>Evaluación del Eje I</b> .....	<b>9</b>
Triaje de los Trastornos Temporomandibulares Dolorosos.....	10
Cuestionario de Síntomas .....	12
Datos Demográficos.....	16
<b>Examen Clínico: Entrevista del Dolor y Comandos del Examinador</b> .....	<b>19</b>
Formulario de Examen (FDI) .....	40
<b>Diagnóstico</b> .....	<b>43</b>
Árbol Diagnóstico.....	44
Tabla de Criterios Diagnósticos.....	47
<b>Evaluación Eje II</b> .....	<b>53</b>
Diagrama Del Dolor.....	55
Escala del Grado de Dolor Crónico (Versión 2.0) .....	57
Escala de Limitación de la Función Mandibular (JFLS-8).....	59
Escala de Limitación de la Función Mandibular (JFLS-20) .....	61
Cuestionario de la Salud del Paciente PHQ-4 .....	63
Cuestionario de la Salud del Paciente (PHQ-9).....	65
Trastornos de Ansiedad Generalizada (GAD-7) .....	67
Cuestionario de la Salud del Paciente (PHQ-15): Síntomas Físicos.....	69
Listado de Preguntas de Hábitos Orales .....	71

# Introducción

Este documento contiene las todas las herramientas de evaluación para el CD / TTM (DC/TMD en sus siglas en Inglés). El paquete completo para descarga consta de tres documentos relacionados con el uso del DC / TMD:

- Ohrbach R (editor) (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. (this document)
- Ohrbach R, Knibbe W (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Scoring Manual for Self-Report Instruments.
- Ohrbach R, Gonzalez YM, List T, Michelotti A, Schiffman E (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Clinical Examination Protocol.

Todos estos documentos están disponibles en [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org). La fuente estándar de los mismos está en inglés; las versiones traducidas de los instrumentos de evaluación están disponibles en varios idiomas. Los dos documentos restantes están disponibles principalmente en inglés; de hecho, prevemos que los profesionales usuarios del CD/TTM (Siglas en Inglés DC/TMD) se basarán en la versión en inglés para saber cómo realizar el examen clínico y para calificar y dar puntaje a los instrumentos de auto-administración.

Las herramientas de evaluación del paciente se basan fundamentalmente en el uso crítico del lenguaje, ya sea en forma escrita para la auto-administración por parte del paciente o en forma verbal para que las utilice el examinador al hablar con el paciente.

Las herramientas en este documento son principalmente aquellas que se relacionan directamente con el paciente y su terminología está vinculada a los procedimientos de evaluación; estas herramientas incluyen el formulario de examen, los árboles de decisión y los criterios diagnósticos. Las últimas herramientas también se incluyen en este documento para las versiones traducidas; estas últimas herramientas están en inglés o también en forma traducida.

Las traducciones de los instrumentos CD/TTM (DC/TMD) se realizaron de acuerdo con los estándares INfORM, ver: Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski MA, John MT, and Lobbezoo F (2013) Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments; and Ohrbach R (2014) La traducción y adaptación del protocolo está disponible en la misma "URL" indicada arriba. Consulte estos documentos para conocer los procedimientos y requisitos específicos con los que cumplen los instrumentos traducidos en relación a la validez semántica y cultural apropiada en comparación con los documentos de origen. Tenga en cuenta que el Consorcio considera que el protocolo de evaluación y sus instrumentos están en desarrollo continuo y también considera que las versiones traducidas de esos instrumentos son trabajos en progreso, con la validación como un proceso continuo. Finalmente, el formato de este documento también está sujeto a revisión; esta es la versión 2016\_06\_08.

Información de Autorización: la provisión de estos documentos no constituye un respaldo para ninguna validez empírica; esta se debe establecer por separado y dicha documentación estará disponible en el sitio web del Consorcio. Para las versiones traducidas, la documentación completa del proceso de traducción está disponible en la URL anterior como Registros de traducción.

Preguntas relacionadas a este documento se deben dirigir al editor o al traductor.

## Guía de Impresión

A los usuarios de este documento, les gustaría imprimir páginas específicas las cuales contienen formularios o instrumentos de interés. La siguiente tabla enumera las páginas asociadas con los formularios e instrumentos identificados o secciones del documento. La intención es que el usuario copie los numero de las páginas de las secciones de interés y pegue dicha información en el campo 'seleccionar páginas' en el cuadro de diálogo de la impresora.

Section	Page(s)
Axis I: TMD Pain Screener	10
Axis I: All clinical forms	10, 13-14, 16, 39-40
Axis I: Pain-related Interview and Examiner Commands	18-37
Axis I: Diagnostic trees and criteria tables	43-44, 46-50
Axis II: Screening	54, 56, 58, 62, 70
Axis II: Comprehensive	54, 56, 60, 64, 66, 68, 70

## Contenido (listado en Inglés para referencia)

### Overview

#### Axis I Assessment

- TMD Pain Screener

- Symptom Questionnaire

- Demographics

- Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands

- Examination Form: International (English)

#### Diagnosis

- Decision Tree (English)

- Diagnostic Criteria Table (English)

#### Axis II Assessment

- Pain Drawing

- Graded Chronic Pain (version 2)

- JFLS-8

- JFLS-20

- PHQ-4

- PHQ-9

- GAD-7

- PHQ-15

- Oral Behaviors Checklist

## Adaptación Cultural

El CD/TTM fue traducido desde el idioma de origen a través de esfuerzos independientes y luego, a una traducción avanzada consolidada se le realizó una traducción inversa. Posterior a ello, el documento de traducción inversa fue revisado cuidadosamente por un experimentado revisor independiente, lo que llevó a la revisión de traducciones hacia adelante, hacia atrás o ambas hasta que la traducción consolidada fuera semánticamente compatible con el instrumento de origen. Este borrador del instrumento fue revisado por un comité de expertos compuesto por miembros de diferentes países (Chile, México y Perú) con la instrucción de revisar la traducción en relación con un idioma español neutral. La incorporación de los comentarios llevó a la creación y publicación de la traducción al español actual del CD/TTM con la intención de representar el español internacional.

Reconocemos que la jerga, expresiones coloquiales y los términos locales son exclusivos de cada país o cultura de habla española. Así, el equipo de traducción está plenamente consciente que se debe implementar un proceso de retroalimentación sistemático e interactivo formal para respaldar cualquier adaptación cultural de la versión internacional en español e incorporar estas potenciales y objetivas diferencias en una traducción del CD/TTM para entornos determinados. Este fenómeno no es exclusivo del español; el documento "Pautas para la traducción" identifica claramente esto como una etapa esperada en la traducción, desarrollo y adaptación de un instrumento a un entorno en otro idioma y cultura. Por ejemplo, la traducción de la palabra "click" no se traduce bien en todos los idiomas; en el documento en español usamos el término "Clic", una palabra reconocida por la Real Academia Española (RAE), aunque somos conscientes de los múltiples términos utilizados en diferentes países para esta única palabra.

Los comentarios sobre este instrumento en evolución deben enviarse formalmente al equipo del consorcio español. El iniciador que desee adaptar el CD/TTM deberá enviar un email a los editores del documento en español con respecto a su intención:

Yoly Gonzalez	ymg@buffalo.edu
Eduardo Castrillón	ec@odont.au.dk
Juan Fernando Oyarzo	joyarzo@unab.cl

El Equipo, quien trabajará por desarrollar un proceso conjunto de respaldo, revisará la carta y una vez aprobada solicitará un correspondiente Log A para cada instrumento, con el fin de definir de los roles necesarios para la participación en la traducción y adaptación, y así poder comenzar el proceso requerido según indicaciones. Una vez que se hayan enviado los archivos de registro necesarios, el equipo revisará y trabajará hacia la aprobación con el iniciador. La información lograda se ingresará en un Documento de Glosario de DC / TMD en español alojado en la página web de INfORM para poder aplicar a elementos o comandos específicos en diferentes países y/o culturas.

## Como citar este documento

Los siguientes ejemplos ilustran cómo citar tanto este documento, la versión traducida del DC/TMD, como los documentos asociados que se pueden citar junto con este, según su uso. En los ejemplos de citas a continuación, "Accedido en <fecha>" se completará en el momento en que se utilice la cita en un documento (como por ejemplo un manuscrito).

### Citación de la Fuente Original en Inglés

Cítelo de la siguiente manera:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.

Por ejemplo:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on July 1, 2016.

### Citación de la traducción de este documento

La versión traducida de este documento debe citarse de la siguiente manera si el título fue traducido:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares: Instrumentos de Evaluación: Español, Versión 25May2016: Gonzalez Y, Castrillón E, Oyarzo JF, Espinoza de Santillana I, Ortiz F, Velasco Neri J, Leyva E Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.

Existen cinco escenarios de uso para los tres documentos que conforman el conjunto completo de evaluaciones, cada uno de los cuales tendrá diferentes requisitos para su cita bibliográfica.

1. Uso del DC/TMD Completo (Eje I y Eje II)
  - a. Si solo la versión en Inglés es usada para ambos Eje I y Eje II , use las siguientes citas:
    - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.
    - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.
  - b. Si es usada la versión en Inglés del protocolo de procedimientos de examinación y la versión traducida del protocolo de evaluación entonces use las siguientes citas:
    - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.
    - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares: Instrumentos de Evaluación: Español Versión 25May2016: Gonzalez Y, Castrillón E, Oyarzo JF,

Espinoza de Santillana I, Ortiz F, Velasco Neri J, Leyva E] Trans.  
[www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.

- c. Si la versión utilizada es la Traducción Completa y la versión traducida del protocolo de evaluación, use las siguientes citas:
  - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares: Instrumentos de Evaluación: Español, Versión 02June2013]; Gonzalez Y, Castrillón E, Oyarzo JF, Espinoza de Santillana I, Ortiz F, Velasco Neri J, Leyva E, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.
  - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares: Instrumentos de Evaluación: Español Versión 25May2016] Gonzalez Y, Castrillón E, Oyarzo JF, Espinoza de Santillana I, Ortiz F, Velasco Neri J, Leyva E, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.
2. Si utilizó solo el Eje I
  - a. Si solo la versión en Inglés del protocolo de examinación es utilizada, use la siguiente cita:
    - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.
  - b. Si solo los comandos para la examinación son traducidos use las siguiente citas:
    - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.
    - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment . Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares: Instrumentos de Evaluación: Español Instruments. Versión 15May2016 Versión 25May2016] Gonzalez Y, Castrillón E, Oyarzo JF, Espinoza de Santillana I, Ortiz F, Velasco Neri J, Leyva E, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.
  - c. Si la versión utilizada es la Traducción Completa del protocolo de examinación, use la siguiente cita:
    - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. . Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares: Instrumentos de Evaluación: Versión 02June2013] Gonzalez Y, Castrillón E, Oyarzo JF, Espinoza de Santillana I, Ortiz F, Velasco Neri J, Leyva E , Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.
3. Si utilizó solo el Eje II
  - a. Si solo utilizó la versión en Inglés del Eje II, use la siguiente cita:
    - i. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on <date>.

- b. Si solo utilizó la versión traducida del Eje II, use la siguiente cita:
  - i. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares: Instrumentos de Evaluación: Español Versión 25May2016] Gonzalez Y, Castrillón E, Oyarzo JF, Espinoza de Santillana I, Ortiz F, Velasco Neri J, Leyva E , Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
- 4. Citación del Manual de Calificación y Puntaje de los Instrumentos de auto-administración.
  - a. Si solo utilizó la versión en Inglés de este documento, use la siguiente cita:
    - i. Ohrbach R, Knibbe W. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Scoring Manual for Self-Report Instruments. Version 29May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
  - b. Si solo utilizó la versión traducida de este documento use la siguiente cita:
    - i. Ohrbach R, Knibbe W. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Scoring Manual for Self-Report Instruments. Versión 29May2016. Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares: Instrumentos de Evaluación: Español Versión 29May2016] Gonzalez Y, Castrillón E, Oyarzo JF, Espinoza de Santillana I, Ortiz F, Velasco Neri J, Leyva E , Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
- 5. Uso parcial del Eje II
  - a. Si solo son utilizadas las versiones en Inglés, el usuario debe citar las fuente (s) original (ales) del instrumento (s) utilizado(s). Por ejemplo si solo los siguientes instrumentos son utilizados: TMD Pain Screener y JFLS, el usuario debe citar Gonzalez et al, 2011, y a Ohrbach et al, 2008, respectivamente.
  - b. Si se utilizaron las versiones traducidas de los instrumentos el usuario citara la fuente (s) original(es) y el documento de la traducción completa.

## Agradecimientos

El DC/TMD es el resultado de muchas, muchas personas y patrocinadores, y los instrumentos de evaluación en este documento son el resultado de un largo proceso de trabajo. Ohrbach y Dworkin en Journal of Dental Research, 2016 proporcionan, una lista completa de todos los contribuyentes al DC/TMD desde las áreas investigación, publicaciones y talleres. Este documento, como un contenedor para los instrumentos de evaluación en inglés y traducciones, es una colaboración más. Con ese fin, el editor agradece a Thomas List (Malmö, Suecia) y Ambra Michelotti (Nápoles, Italia) por su asistencia en la estructura y el formato del DC/TMD. Además, el editor agradece a Wendy Knibbe (ACTA, Ámsterdam, Holanda) y a Brigitta Häggman-Henrikson (Universidad de Malmö, Suecia) por su ayuda en la configuración de este documento, la principal cara pública de las herramientas de evaluación del DC/TMD. También agradezco a Wendy Knibbe y Yoly González (Universidad de Buffalo, NY, EE.UU) por su asistencia complementaria para ayudar a refinar la versión en Inglés del DC/TMD durante las primeras traducciones (al Holandés y al Español respectivamente) mediante la detección de errores y errores tipográficos en los documentos. Wendy y Yoly nos han proporcionado a todos mejores instrumentos de evaluación.



# Evaluación del Eje I

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
✓		TMD Pain Screener	Gonzalez YM, Schiffman E, Gordon G, Seago B, Truelove EL, Slade G, Ohrbach R. Development of a brief and effective temporomandibular disorder pain screening questionnaire: reliability and validity. <i>JADA</i> 142:1183-1191, 2011.  Form version: October 11, 2013
	✓	DC/TMD Symptom Questionnaire	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	✓	DC/TMD Demographics	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	✓	Pain-related Interview and Examiner Commands	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E Form Version: May 12, 2013 Diagnosis list added November 30, 2014
	✓	Clinical Examination Form North American and FDI	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E Form Version: May 12, 2013 Diagnosis list added November 30, 2014

# **Triage de los Trastornos Temporomandibulares Dolorosos**

## TRIAJE PARA LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES DOLOROSOS

1. En los últimos 30 días, ¿Cuánto le ha durado cualquier dolor en su mandíbula o sien, en cualquiera de los lados?
  - a. Sin dolor
  - b. El dolor va y viene
  - c. El dolor siempre está presente
  
2. En los últimos 30 días, ¿Ha sentido dolor o rigidez en su mandíbula al despertar?
  - a. No
  - b. Si
  
3. En los últimos 30 días, ¿Alguna de las siguientes actividades afectó (es decir el dolor mejoró o empeoró) el dolor en su mandíbula o sien en cualquiera de los lados?
  - A. Masticar comidas duras o difíciles de triturar.
    - a. No
    - b. Si
  
  - B. Abrir la boca o mover la mandíbula hacia los lados o hacia el frente.
    - a. No
    - b. Si
  
  - C. Hábitos orales tales como mantener los dientes juntos, apretar, rechinar los dientes o masticar goma de mascar.
    - a. No
    - b. Si
  
  - D. Otras actividades mandibulares tales como hablar, besar o bostezar.
    - a. No
    - b. Si

## **Cuestionario de Síntomas**

## Criterios Diagnósticos para los Trastornos Temporomandibulares

### Cuestionario de Síntomas

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### DOLOR

---

1. ¿Ha tenido alguna vez dolor en su mandíbula, sien, en el oído o en frente del oído en cualquiera de los lados?  No  Si

**Si su respuesta es NO vaya a la pregunta 5.**

---

2. ¿Hace cuántos años o meses comenzó su dolor por primera vez en la mandíbula, sien, en el oído o en frente del oído? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses
- 

3. En los últimos 30 días, ¿Cuál de las siguientes palabras describe mejor su dolor en la mandíbula, sien, en el oído o en frente del oído en cualquiera de los lados?
- Sin dolor  
 Dolor que va y viene  
 Dolor que está siempre presente
- Seleccione UNA respuesta

**Si su respuesta fue NO a la pregunta 3 entonces vaya a la pregunta 5**

---

4. En los últimos 30 días, ¿algunas de las siguientes actividades cambiaron su dolor (lo hicieron mejor o peor) en su mandíbula, sien, en el oído o en frente del oído en cualquiera de los lados?
- |   | No                    | Si                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. Masticar comidas duras o difíciles de triturar.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Abrir la boca o mover la mandíbula hacia los lados o hacia el frente.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Hábitos orales tales como mantener los dientes juntos, apretar o rechinar los dientes o masticar goma de mascar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Otras actividades mandibulares tales como hablar, besar o bostezar.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 

#### CEFALEA

---

5. En los últimos 30 días, ¿ha tenido dolores de cabeza que incluyan el área de las sienes? **No** **Si**
- Si su respuesta fue NO a la pregunta 5 entonces vaya a la pregunta 8**
- 

6. ¿Hace cuántos años o meses comenzó por primera vez su cefalea (dolor de cabeza) en el área de las sienes? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses
- 

7. ¿En los últimos 30 días, algunas de las siguientes actividades cambiaron su dolor de cabeza (lo hicieron mejor o peor) localizado en las sienes en cualquiera de los lados?
- |   | No                    | Si                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A. Masticar comidas duras o difíciles de triturar.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Abrir la boca o mover la mandíbula hacia los lados o hacia el frente.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Hábitos orales tales como mantener los dientes juntos, apretar o rechinar los dientes o masticar goma de mascar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Otras actividades mandibulares tales como hablar, besar o bostezar.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
-

## RUIDOS ARTICULARES MANDIBULARES

Uso Oficial

8.	¿En los últimos 30 días, ha tenido algún tipo de ruido(s) en la articulación cuando mueve o usa su mandíbula?	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>D</b>	<b>I</b>	<b>NS</b>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## BLOQUEO CERRADO DE LA MANDIBULA

9.	¿Ha tenido Ud. <u>alguna vez</u> la mandíbula bloqueada o trabada, aunque haya sido por un momento, de manera tal que <u>no pudo</u> abrir su boca COMPLETAMENTE?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
----	---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**Si respondió NO a la pregunta 9 vaya a la pregunta 13.**

10.	¿Fue ese bloqueo o traba mandibular lo suficientemente severa que le limito la apertura de la boca e interfirió con su habilidad para comer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

11.	¿En los últimos 30 días, se bloqueó su mandíbula de manera tal que no pudo abrir su boca COMPLETAMENTE, aunque haya sido por un momento y después se desbloqueó permitiéndole abrir su boca COMPLETAMENTE?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**Si respondió NO a la pregunta 11 vaya a la pregunta 13.**

12.	¿En este momento está su mandíbula bloqueada o limitada de manera tal que <u>no puede abrir</u> su boca COMPLETAMENTE?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

## BLOQUEO ABIERTO DE LA MANDIBULA

13.	¿En los últimos 30 días, cuando Ud., abrió su boca ampliamente, se le bloqueo o trabo la mandíbula, aunque haya sido por un momento, de manera tal que no pudo cerrar su boca desde esa posición de amplia apertura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**Si respondió NO a la pregunta 13 ha terminado.**

14.	En los últimos 30 días, cuándo se bloqueó o trabó su mandíbula en una posición completamente abierta, ¿tuvo que hacer algo tal como descansar, mover, empujar o maniobrar la mandíbula para lograr cerrar su boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

## **Datos Demográficos**

## Criterios Diagnósticos/Trastornos Temporomandibulares (CD/TTM)

### Datos Demográficos

---

1. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado(a)
- Concubino(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Soltero(a)

---

2. ¿Cuál es su etnia?

- Hispano o latino
- No hispano o latino
- Desconocida

---

3. ¿Cuál es su raza? Marque todas las que apliquen

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afro-Americano
- Nacido en Hawái u otra parte del Pacífico
- Blanco

---

4. ¿Cuál es el grado más alto o nivel educativo que usted ha terminado?

- Bachillerato
- Estudios Universitarios sin culminar
- Graduado de la Universidad
- Estudios de Post-grado

---

5. ¿Cuál es su ingreso familiar actual anual?

Por favor incluya todas las fuentes de ingreso de todos los miembros de la familia, tales como salarios, inversiones, sueldo.

- 0 - 19,999
  - 20,000 - 39,999
  - 40,000 - 59,999
  - 60,000 - 79,999
  - 80,000 - 99,999
  - 100,000 - 149,999
  - 150,000 o más
-



**Examen Clínico: Entrevista del Dolor y Comandos del  
Examinador**

## Comandos Requeridos durante el Examen

### **1. Resumen** [ver el final del documento para referencia del título y autores]

Los comandos requeridos, que deben ser expresados textualmente, se encuentran en la secuencia completa del examen. Los mismos son presentados en este documento para facilitar su aprendizaje y revisión.

## **2 Entrevista del Dolor Relacionado al Examen**

### Dolor inducido durante el movimiento mandibular

#### **1. ¿Sintió dolor con este movimiento?**

Si la respuesta es SI:

#### **2. ¿Podría señalar con su dedo cada una de las áreas donde sintió dolor?**

- a. **¿Sintió dolor en alguna otra área con ese movimiento? Señale [con su dedo] las áreas.**
- b. Investigue si el DOLOR es FAMILIAR.

### Dolor inducido por la palpación

#### **¿Sintió dolor [en el área cuando le aplique presión]?**

Si la respuesta es SI: INVESTIGUE si el DOLOR es FAMILIAR.

### Dolor relacionado al clic

#### **¿Sintió algún dolor cuando ocurrió el clic?**

Si la respuesta es SI: Investigue si el DOLOR es FAMILIAR.

### Dolor Familiar

#### **¿Es este dolor familiar a cualquier dolor que haya sentido en esta área en los últimos 30 días?**

SI LA RESPUESTA ES SI AL DOLOR FAMILIAR: **¿A que es familiar?**

SI EL AREA DEL TEMPORAL ES POSITIVA: **¿Es este dolor familiar al dolor de cabeza que ha sentido en esta área, en los últimos 30 días?**

El examinador verifica que las áreas reportadas con dolor en los últimos 30 días sean consistentes con los hallazgos positivos a dolor familiar.

### Dolor Referido

#### **¿Sintió dolor solo debajo mi dedo o sintió dolor en algún otro lugar [en diferentes áreas de su cabeza, cara o mandíbula]?**

**[Muéstreme donde sintió dolor.] Señale con su dedo cada una de las áreas donde sintió dolor [en respuesta o debido a la presión que le aplique].**

**¿Lo sintió en algún otro lugar?**

# Especificaciones Completas para el Examen de los CD/TTM

## Examen

### 1 Resumen [ver el final del documento para referencia del título y autores]

Las especificaciones completas están destinadas a facilitar la máxima reproducibilidad en la técnica clínica tanto para el investigador como para el clínico.

Los comandos verbales y los procedimientos asociados, utilizados en cada componente del examen clínico se enumeran en un formato de tabla para su rápida referencia. El lector debe consultar la Sección 2 (Instrucciones Generales) y la Sección 3 (Descripción de los procedimientos de examen del CD/TTM) para obtener más detalles de estos procedimientos. La enumeración de los procedimientos de examen en esta sección corresponde a la enumeración de la Sección 3 y del Formulario de Examen. La Sección 6 contiene la entrevista sobre el dolor relacionado o inducido por el examen, que se menciona repetidamente en este protocolo. La Sección 8 enumera solo los comandos verbales requeridos (Ver 5.1, para clarificación) y tiene dos propósitos: facilitar el aprendizaje de los componentes centrales del examen estructurado e identificar los comandos requeridos los cuales son la única parte del protocolo del examen clínico del CD/TTM que deben ser traducidos para su uso en otro idioma.

## 2 Reglas para la Sección

1. "Los "Comandos Verbales" usados por el examinador son clasificados en cuatro formatos:

- a. **El texto en negrita** identifica los comandos verbales que deben ser expresados textualmente por el examinador.
  - b. El texto en no negrita identifica comandos verbales o enunciaciones para los cuales no se espera una implementación estricta. El examinador debe seguir la intención del comando o enunciación y transmitir tal intención al paciente.
  - c. [Texto entre corchetes] denota comandos opcionales.
    - i. "Coloque la boca en una posición cómoda [con los dientes de atrás separados]" se refiere a una posición de referencia estándar para paciente, la cual se requiere al inicio de la mayoría de los procedimientos del examen. La utilización de este comando depende en lo que haga el paciente. Si el paciente regresa automáticamente su mandíbula a una "posición cómoda" después de completar un procedimiento, el examinador no necesita hacer o decirle nada más. De lo contrario, el examinador debería usar el comando. Se incluye con cada grupo de procedimientos para recordar al examinador que el siguiente procedimiento se inicia esta posición neutral.
    - ii. Todos los otros comandos opcionales cubren situaciones comunes y se deben usados según sea necesario dependiendo en la respuesta del paciente durante el examen.
  - d. <Texto entre corchetes angulares> identifica instrucciones para el examinador.
2. El texto en cursiva describe comentarios y aclaraciones con respecto a los comandos verbales; Repetición entre los comentarios y las aclaraciones en esta sección y en las Secciones 1 y 2 es intencional.
3. TODO EL TEXTO DE LA MAYÚSCULA en los "Comandos Verbales" o "Procedimientos del Examinador" denota instrucciones condicionales.
1. | Opciones de respuesta | se colocan entre barras verticales.

## Especificaciones

Concepto	Comandos Verbales	Procedimientos del Examinador
<b>E1. El examinador confirma la Localización del Dolor y Dolor de Cabeza</b>		
<i>Identificación de la información</i>	<ninguna>	El examinador registra el nombre del paciente, nombre del examinador y fecha en el formato u hoja de examinación.
<i>Instrucciones para el paciente</i>	<b>Antes de empezar el examen, me gustaría revisar algunos puntos con usted.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El dolor es definido aquí como absoluto, pero su traducción hacia términos locales (u otros idiomas) requiere de la atención de los estándares culturales. La intención es aclarar que la determinación del dolor es responsabilidad del paciente y que la única respuesta aceptable es “sí” o “no”.</li> </ul>
	<b>Le preguntaré si siente dolor y solamente usted sabe si tiene dolor. Cuando le pregunte si tiene dolor, responda sí o no; si no está seguro, deme su mejor respuesta.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La definición de “dolor familiar” puede requerir alguna elaboración cuando se pregunte por primera vez durante la examinación. Otras palabras relacionadas incluyen “similar” o “se siente como”.</li> </ul>
	<b>Si usted tiene dolor, le preguntaré si el dolor es familiar. Dolor familiar se refiere a que es similar o parecido al dolor que usted pudiera haber sentido en esa área en los últimos 30 días.</b>	
<i>Objetivo de examen: áreas anatómicas de interés</i>	<b>Si tiene dolor en el área de las sienas, le preguntare si ese dolor es parecido a cualquier dolor de cabeza, que usted pudiera haber sentido en esa área en los últimos 30 días.</b>	
	<b>Para los fines de este examen, estoy interesado(a) en el dolor que usted podría tener en estas áreas... ...y también dentro de la boca.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El examinador toca, bilateralmente al mismo tiempo, las 4 áreas en la siguiente secuencia: temporales, área pre-auricular, área del masetero, y las áreas: posterior y sub-mandibular.</li> <li>● El examinador dice “aquí” mientras toca cada una de las áreas mencionadas.</li> <li>● Las áreas <u>no son</u> nombradas anatómicamente cuando éstas son identificadas.</li> </ul>

Figura 1

<p><b>E1a</b></p> <p><i>Localización del dolor: en los últimos 30 días</i></p> <p><i>Figuras 2 y 3</i></p>	<p><b>¿Ha tenido dolor en las áreas que toqué en los últimos 30 días?</b></p> <p>SI LA RESPUESTA ES “SI”:</p> <p><b>¿Podría señalar con su dedo cada una de las áreas donde usted ha sentido dolor [en los últimos 30 días]?</b></p> <p><b>¿Hay alguna otra área donde haya sentido dolor [en los últimos 30 días]?</b></p> <p>Si la respuesta es “SI” EL EXAMINADOR CONFIRMA: Déjeme confirmar las áreas que usted ha señalado.</p>	<p>SI EL PACIENTE NO REPORTA DOLOR EN LAS ÁREAS DE INTERÉS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre “Ninguno” para cada lado; derecho e izquierdo en P1a.</li> </ul> <p>SI EL PACIENTE REPORTA DOLOR EN LAS ÁREAS DE INTERÉS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El examinador pregunta acerca de todas las localizaciones.</li> <li>• El examinador toca las áreas reportadas para confirmar la localización con el paciente y pregunta “¿aquí?”</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre localización del dolor en Q1a.</li> </ul>
<p><b>E1b</b></p> <p><i>Localización del dolor de cabeza: en los últimos 30 días.</i></p>	<p><b>¿Ha tenido dolor de cabeza en los últimos 30 días?</b></p> <p>SI LA RESPUESTA ES “SI”</p> <p><b>¿Podría señalar con su dedo cada una de las áreas donde usted ha sentido dolor de cabeza [en los últimos 30 días]?</b></p> <p><b>¿Hay alguna otra área donde haya sentido dolor de cabeza [en los últimos 30 días]?</b></p> <p>Si la respuesta es “SI” EL EXAMINADOR CONFIRMA:  Déjeme confirmar las áreas de dolor de cabeza que usted ha señalado.</p>	<p>SI EL PACIENTE NO REPORTA DOLOR DE CABEZA EN LAS ÁREAS INDICADAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre “ninguno” para cada lado; derecho e izquierdo en P1b.</li> </ul> <p>SI EL PACIENTE REPORTA DOLOR DE CABEZA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El examinador pregunta acerca de todas las localizaciones.</li> <li>• El examinador toca las áreas identificadas para confirmar la localización con el paciente y pregunta “¿aquí?”</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre la localización del dolor(es) de cabeza en P1b.</li> </ul>

## E2. Relaciones Incisales

*Con el objetivo de visualizar los dientes*

Abra la boca ligeramente.

Colocaré algunas marcas con el lápiz sobre sus dientes; las removeré al final del examen.

*Seleccione los  
dientes de referencia  
maxilar y  
mandibular*

- Los posibles dientes de referencia maxilar y mandibular, necesitan ser visualizado al mismo tiempo, es decir, seleccionados conjuntamente.
- Seleccione el incisivo central maxilar derecho (FDI#11) si el borde incisal es horizontal, y el diente no está rotado; de otra forma, seleccione el FDI#21 si cumple mejor estos criterios. Ver la sección 3, E2, para instrucciones posteriores. Registre el diente seleccionado en el formato de evaluación.
- Note que el centro mesio-distal del diente maxilar de referencia será la posición de referencia maxilar específica para todas las mediciones de movilidad verticales y protrusión.
- Seleccione el diente de referencia mandibular, que se oponga al centro mesio-distal del diente maxilar de referencia.
- La localización del borde incisal del diente de referencia mandibular, que se opone al centro mesio-distal del diente de referencia maxilar, representa la posición de referencia para todas las medidas de movilidad verticales.
- La superficie facial/bucal/labial/ vestibular del diente de referencia mandibular, que se opone al centro mesio-distal del diente de referencia maxilar, representa la posición de referencia mandibular para todas las medidas de movilidad protrusiva.
- Si existe mordida cruzada o mordida abierta anterior, entonces las medidas específicas serán también incluidas marcando el símbolo “negativo”.

<p><i>Línea de referencia- sobre mordida vertical</i></p>	<p><b>Coloque sus dientes posteriores completamente juntos.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Con un lápiz marque la línea de referencia horizontal, donde el borde incisal del diente de referencia maxilar se sobrepone al incisivo mandibular opuesto.</li> </ul>
<p><i>Figura 4</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si existe mordida cruzada anterior, debe revertir las instrucciones.</li> </ul>
	<p>[Coloque sus dientes posteriores completamente juntos.]</p> <p>&lt; Si es necesario, dígame al paciente que abra la boca ligeramente, de manera tal que los espacios interdientales puedan ser observados.&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Examine las líneas medias dentales maxilar y mandibular; si la discrepancia entre la línea media dental maxilar y mandibular es &lt;1mm, entonces registre "0" mm.</li> <li>● Si la discrepancia en la línea media es &gt; 1mm, seleccione uno de los siguientes métodos.</li> <li>● <u>Método 1:</u> Mida la distancia de cualquier discrepancia (<math>\geq 1</math>mm) en el plano frontal entre las líneas medias de los dientes maxilar y mandibular y note la dirección de la discrepancia de la línea media mandibular relativa a la línea media maxilar. La línea media dental mandibular es ahora la referencia para medir los movimientos mandibulares.</li> </ul>
<p><i>Línea de Referencia- Línea media de referencia mandibular</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Método 2:</u> Dibuje una línea vertical sobre la cara o superficie acial/bucal/labial/ vestibular del incisivo central maxilar y extienda la línea hacia el incisivo mandibular opuesto. Las marcas verticales del lápiz sobre los dos incisivos, son ahora la línea media de referencia.</li> </ul>
<p><i>Figuras 5 &amp; 6</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Método 3:</u> Usando una marca de lápiz, extienda la línea media dental maxilar hacia el incisivo mandibular correspondiente. La marca vertical del lápiz sobre el incisivo mandibular, es ahora la línea media de referencia para la mandíbula.</li> <li>● Si existe mordida cruzada anterior, debe revertir las instrucciones.</li> <li>● Si usa el Método 1, registre la medida y su dirección.</li> <li>● Si usa el Método 2 o 3 registre el valor "0".</li> </ul>

<p><i>Sobre mordida horizontal</i></p> <p><i>Figura 7</i></p>	<p>[Coloque sus dientes posteriores completamente juntos.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique que los dientes estén en máxima intercuspidadación.</li> <li>• Mida la distancia desde el punto medio de la superficie facial del incisivo central superior seleccionado, a la superficie facial del incisivo mandibular opuesto en el plano horizontal.</li> <li>• Si existe mordida cruzada anterior, entonces marque “negativo”.</li> <li>• Registre la medida.</li> </ul>
<p><i>Sobre mordida vertical</i></p> <p><i>Figura 8</i></p>	<p>&lt;Dígale al paciente que abra la boca lo suficiente para medir la sobre mordida vertical.&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mida la distancia de sobre posición de los dientes maxilares en los dientes mandibulares.</li> <li>• Si existe mordida abierta anterior, mida la distancia entre los bordes incisales maxilar y mandibular y marque “negativo”.</li> <li>• Si existe mordida cruzada anterior, debe revertir las instrucciones.</li> <li>• Registre la medida.</li> </ul>
<p><b>E3. Patrón de apertura (Suplementario)</b></p>		
<p><i>Patrón de Apertura</i></p>	<p><b>Coloque sus dientes posteriores completamente juntos.</b></p> <p><b>Me gustaría que abriera su boca lentamente lo más que pueda, aunque sienta dolor, después ciérrela.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observe si el movimiento de apertura es: recto (no se observa desviación: <math>\leq 2\text{mm}</math> hacia cualquier lado de la línea media), corregido (por ejemplo, con desviaciones en forma de S o curvas-C), o no corregida (por ejemplo, desviación lateral <math>&gt;2\text{mm}</math>).</li> </ul>
<p><i>Figuras 9 &amp; 10</i></p>	<p><u>Forma alternativa:</u></p> <p><i>En Inglés la expresión es “lo más que pueda” pero otros idiomas pueden diferir; por ejemplo “tanto como pueda” es frecuentemente usado en otros idiomas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la desviación no corregida, observe en apertura máxima si la desviación es al lado derecho o izquierdo.</li> <li>• Más de una opción puede ser seleccionada; esto permite registrar cualquier tipo de movimiento en caso de movimientos no consistentes durante su evaluación.</li> <li>• Repita 2 veces más.</li> </ul>



#### E4. Movimientos de Apertura y Cierre

##### 4A. APERTURA SIN DOLOR

*Posición de la regla para las medidas verticales* <ninguna>

- Coloque el borde de “0” de la regla milimétrica preparada (con corte en cero) (ver Sección 1) sobre el borde incisal del diente de referencia mandibular.

**Abra su boca, lo más que pueda sin sentir dolor, o sin incrementar el dolor que pudiera tener en estos momentos.**

- Mida la distancia inter-incisal entre los dientes de referencia superior e inferior.
- Registre la medida.

E4A

*Apertura Sin Dolor* Forma alternativa:

*Figura 11* *En Inglés la expresión es “lo más que pueda” pero otros idiomas pueden diferir; por ejemplo “tanto como pueda” es frecuentemente usado en otros idiomas. Esta forma alternativa se aplica para 4B y 4C de igual modo.*

##### 4B. APERTURA MÁXIMA NO ASISTIDA

*Posición inicial* <ninguna>

- La apertura máxima no asistida puede ser tomada inmediatamente después de la apertura sin dolor sin necesidad del que paciente cierre la boca entre las dos posiciones.

**Abra su boca lo más que pueda, aunque sienta dolor.**

- Utilice la posición de la regla con las mismas indicaciones descritas en 4a.

E4B

*Apertura Máxima No Asistida*

- Mida la distancia inter-incisal entre los dientes de referencia.

*Figura 12*

- Registre la medida.

E4B

**¿Sintió dolor con este movimiento?**

- Confirme las estructuras anatómicas que el paciente identifica como los sitios donde sintió dolor.

*Dolor posterior a la Apertura Máxima No Asistida*

Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR

- Registre los hallazgos.

*Figura 13*

6.1.1 Dolor inducido por el movimiento

6.2.4 Dolor familiar

4C. APERTURA MÁXIMA ASISTIDA		
<i>Instrucciones</i>	<b>En un momento, tratare [si es posible] de abrir su boca con mis dedos un poco más. Si Ud., quiere que me detenga, levante su mano y me detendré de inmediato.</b>	<ninguna>
	Colocaré mi regla. [pausa]	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Utilice la posición de la regla con las mismas indicaciones descritas en 4A.</li> </ul>
	<b>Abra [su boca] lo más que pueda, aunque sienta dolor, como lo hizo anteriormente.</b> [pausa]	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Asegúrese que el paciente abra su boca tanto como lo hizo inicialmente durante la Apertura Máxima no Asistida.</li> <li>● Si no lo hizo así, dígame al paciente que abra más.</li> </ul>
<i>E4C</i>	Sentirá mis dedos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coloque el pulgar sobre el incisivo central superior, cruce el dedo índice sobre los incisivos centrales inferiores. (La orientación de los dedos es relativa a la posición del examinador de frente al paciente.)</li> </ul>
<i>Apertura Máxima Asistida</i>	<b>Por favor relaje su mandíbula, de manera que yo lo pueda ayudar a abrir más, de ser posible.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Provea apoyo o soporte a la mandibular con los dedos antes de decir "Por favor relaje ...".</li> </ul>
<i>Figura 14</i>	[pausa]	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Utilice presión moderada para incrementar la apertura, hasta que (1) sienta la resistencia de los tejidos, o (2) el paciente levante la mano. NOTA: Use el juicio clínico para evitar sobre estiramiento.</li> <li>● Mida la distancia inter-incisal entre los dientes de referencia.</li> <li>● Registre la medida.</li> </ul>
<i>Dolor posterior a la Apertura Máxima Asistida</i>	<b>¿Sintió dolor cuando trate de abrir su boca más ampliamente con mis dedos?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Confirme las estructuras anatómicas que el paciente identifica como los sitios donde sintió dolor.</li> <li>● Registre los hallazgos.</li> </ul>
<i>Figura 15 &amp; 16</i>	Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR	
	6.2.1 Dolor inducido por el movimiento	
	6.2.4 Dolor familiar	

<b>4D. APERTURA MÁXIMA ASISTIDA TERMINADA</b>		
E4D	<ninguna>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Registre si el paciente levanto o no la mano para terminar la apertura.</li> </ul>
Apertura terminada		
<b>E5. Movimientos Laterales y Protrusión</b>		
<b>5A. MOVIMIENTO DE LATERALIDAD DERECHA</b>		
	<p><b>Abra ligeramente y mueva su mandíbula lo más que pueda hacia la derecha, aunque sienta dolor.</b> Mantenga su mandíbula en esa posición hasta que tome la medida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Si el paciente está confundido y no sabe en qué dirección debe mover la mandibular dígame “Mueva la mandibular hacia mi mano” y toque la mandíbula o el hombro del paciente del lado donde usted quiere se efectuó el movimiento mandibular.</li> </ul>
E5A		<ul style="list-style-type: none"> <li>●Coloque el borde de la regla en 0 alineado con el borde de la línea media de referencia maxilar o con la línea media de referencia mandibular, dependiendo del tipo de regla</li> </ul>
Movimiento de Lateralidad Derecha		
Figura 17		<ul style="list-style-type: none"> <li>●Mida desde la línea de media de referencia maxilar a la línea media de referencia mandibular.</li> </ul>
También Figura 21		<ul style="list-style-type: none"> <li>●Si la regla es opaca y el diente opuesto no puede ser visto, mueva la regla hacia arriba o hacia abajo para leer los números.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>●Registre la medida.</li> </ul>
Regrese la mandíbula hacia el centro	[Regrese la mandíbula hacia el centro y colóquela en una posición cómoda.]	<ninguna>
	<b>¿Sintió algún dolor con ese movimiento?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Confirme la estructura anatómica que el paciente identifica como el sitio donde sintió dolor.</li> </ul>
E5A	Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR	
Dolor posterior a la lateralidad	6.2.1 Dolor inducido por el movimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Registre este hallazgo.</li> </ul>
	6.2.4 Dolor familiar	

---



---

## 5B. MOVIMIENTO DE LATERALIDAD IZQUIERDA

---

**Abra ligeramente y mueva su mandíbula lo más pueda hacia la izquierda, aunque sienta dolor.** Mantenga su mandíbula en esa posición hasta que tome la medida.

- Si el paciente está confundido y no sabe en qué dirección debe mover la mandíbula dígame “Mueva la mandíbula hacia mi mano” y toque la mandíbula u o el hombro del paciente del lado que se desea el movimiento.

E5B

*Movimiento de Lateralidad Izquierda*

*Figura 19*

*También Figura 21*

- Use la regla como en 5A.
- Mida desde la línea de media de referencia maxilar a la línea media de referencia mandibular.
- Si la regla es opaca y el diente opuesto no puede ser visto, mueva la regla hacia arriba o hacia abajo para leer los números.

- Registre la medida.

*Regrese la mandíbula hacia el centro*

[*Regrese la mandíbula hacia el centro y colóquela en una posición cómoda.*]

<ninguna>

---

**¿Sintió algún dolor con ese movimiento?**

- Confirme la estructura anatómica que el paciente identifica como el sitio donde sintió dolor.

Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR

- Registre la medida.

E5B

6.2.1 Dolor inducido por el movimiento

*Dolor posterior a la lateralidad*

6.2.4 Dolor familiar

*Figura 18*

<b>5C. PROTRUSIÓN</b>		
	<b>Abra ligeramente y mueva su mandíbula hacia adelante [hacia el frente] lo más que pueda, aunque sienta dolor.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloque el borde del cero de la regla en el centro mesio-distal del diente de referencia maxilar y alinéela hacia adelante hasta el borde labio-incisal del incisivo mandibular opuesto.</li> </ul>
<i>E5C</i>	Mantenga su mandíbula en esa posición hasta que tome la medida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mida desde la superficie labial del diente de referencia maxilar a la superficie labial del diente de referencia mandibular.</li> </ul>
<i>Excursión protrusiva</i>		
<i>Figura 20</i>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre la medida.</li> </ul>
<i>Regrese la mandíbula hacia atrás</i>	[Coloque su mandíbula en una posición cómoda.]	<ninguna>
<i>E5C</i>	<b>¿Sintió algún dolor con ese movimiento?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirme la estructura anatómica que el paciente identifica como el sitio donde sintió dolor.</li> </ul>
<i>Dolor posterior a la protrusión</i>	Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR	
<i>Figura 18</i>	6.2.1 Dolor inducido por el movimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre los hallazgos.</li> </ul>
	6.2.4 Dolor familiar	
<b>E6. Ruidos Articulares Durante los Movimientos de Apertura y Cierre</b>		
<i>Instrucciones generales para el examinador</i>	<ninguna>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes pueden usar una variedad de términos para los ruidos articulares (por ejemplo: “clic” “chasquido”, “tronido”, “estallido”); cualquiera de estos términos denota un “clic” para los propósitos del examen y las instrucciones que se darán a continuación registre, “Clic” en la hoja de examinación.</li> <li>• Los pacientes pueden utilizar una variedad de términos para el ruido fino, o ruidos múltiples (por ejemplo: “crujido”, “rechinamiento”, “crepito”); cualquiera de estos términos denota; “crepitación para los propósitos del examen, y las instrucciones que se darán a continuación registre, “Crepitación” en la hoja de examinación.</li> </ul>

<p>&lt;ninguna&gt;</p> <p><i>Posición de la mano para la palpación de los ruidos articulares</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● El uso de la palpación bilateral o unilateral, depende de las preferencias del evaluador y de las circunstancias.</li> <li>● <u>Palpación bilateral</u>: Coloque los dedos de cada mano sobre las correspondientes ATM. Este método requiere que el paciente preste atención a ambas articulaciones al mismo tiempo, lo cual pudiera ser difícil.</li> <li>● <u>Palpación unilateral</u>: Coloque el dedo unilateralmente tal como se describe en la palpación bilateral, evalúe primero la ATM derecha y después la ATM izquierda.</li> <li>● Repita las siguientes instrucciones para cada una de las ATM por separado.</li> </ul>
<p><i>Figura 22</i></p> <p><i>Instrucciones para los ruidos articulares</i></p>	<p><b>Voy a examinar las articulaciones de la mandíbula para determinar si hacen algún ruido. Quisiera que usted preste atención, ya que al final le preguntaré si escuchó o sintió algún ruido.</b></p> <p>[Concéntrese en ambas articulaciones.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si hace la palpación bilateral, toque ambas articulaciones y pida al paciente que ponga atención en las dos articulaciones.</li> <li>● Si hace la palpación unilateral, toque la articulación a la que el paciente debe poner atención.</li> </ul>
<p><i>Cierre la boca completamente</i></p> <p><i>Detección de los ruidos articulares durante apertura y cierre por el examinador</i></p>	<p><b>Coloque sus dientes posteriores completamente juntos.</b></p> <p><b>Abra lentamente lo más que pueda, aunque sienta dolor y después cierre lentamente hasta que sus dientes posteriores estén completamente juntos.</b></p> <p><b>Repita 2 veces más.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Asegúrese que los dientes están en posición de máxima intercuspidad lo que asegura que la ATM está en una posición de cierre.</li> <li>● El paciente debe abrir y cerrar la boca lentamente, en aproximadamente 2 segundos para abrir y 2 segundos para cerrar. Guíe al paciente adecuadamente.</li> <li>● Al final del cierre, distinga los ruidos articulares del sonido provocado por el contacto entre los dientes.</li> <li>● Registre un ruido como “clic” o “crepitación” si este está presente en al menos 1 de los 3 movimientos. Ambos sonidos pueden estar presentes.</li> </ul>

<p><i>Pregúntele al paciente acerca a los ruidos articulares</i></p>	<p><b>¿Notó usted ruidos en alguna de las articulaciones de la mandíbula cuando abrió o cerró su boca?</b></p> <p>SI LA RESPUESTA ES 'SI':</p> <p><b>¿Qué tipo de ruidos?</b></p> <p>&lt;Se puede asistir al paciente ofreciéndole palabras diferentes que pueden ser utilizadas como calificativos para los ruidos articulares tales como: clic, chasquido, tronido, crujido, crepitación, rechinado&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De ser necesario y con el objetivo de confirmarlo, el examinador puede preguntar sobre la localización de los ruidos al paciente (derecha vs izquierda o ambas).</li> <li>• Si el paciente detecta ruidos articulares, pero es incapaz de aclarar su tipo, el examinador puede repetir el movimiento de apertura-cierre otra vez para que el paciente re-evalúe el tipo de ruido.</li> </ul>
<p><i>Interrogación sobre el dolor</i></p>	<p><b>¿Sintió algún dolor cuando ocurrió el clic?</b></p> <p>Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR</p> <p>6.2.3: Dolor relacionado con el clic</p> <p>6.2.4: Dolor familiar</p>	<p>SI EL PACIENTE REPORTA CLIC: SI EL EXAMINADOR DETECTA CLIC, PERO NO EL PACIENTE, "No" ES LA RESPUESTA QUE DEBE REGISTRARSE COMO RESPUESTA DEL PACIENTE</p>
<p><b>E7. Ruidos Articulares Durante los Movimientos de Lateralidad y Protrusión</b></p>		
<p><i>General</i></p> <p><i>Figura 23</i></p>	<p>&lt;ninguna&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los dedos son colocados en la misma posición tal como se indicó para la evaluación de los ruidos articulares durante apertura y cierre.</li> <li>• Los ruidos con los movimientos de lateralidad y protrusión pueden ser evaluados con palpación bilateral simultánea o palpando una articulación a la vez.</li> <li>• Las instrucciones escritas a continuación son para la evaluación de una articulación a la vez, pero la palpación bilateral está permitida.</li> <li>• Repita las instrucciones para la otra articulación si la evaluación se realiza por separado.</li> </ul>

---

**Coloque sus dientes posteriores completamente juntos, abra ligeramente y mueva su mandíbula hacia la derecha lo más que pueda, aunque sienta dolor; regrese su mandíbula hacia el centro y coloque sus dientes posteriores completamente juntos.**

- Coloque los dedos sobre las articulaciones.
- Si el paciente está confundido acerca de en qué dirección debe mover la mandibular, dígame "Mueva la mandibular hacia esta mano" y toque la mandíbula o el hombro del paciente del lado que se desea el movimiento.

**Repita 2 veces más.**

*Ruidos articulares:  
movimientos de  
lateralidad y  
protrusión*

**Coloque sus dientes posteriores completamente juntos, abra ligeramente, y mueva su mandíbula hacia la izquierda lo más que pueda, aunque sienta dolor; regrese su mandíbula hacia el centro y coloque sus dientes posteriores completamente juntos.**

- El diagnóstico del desplazamiento del disco con reducción, requiere de la presencia de un clic o chasquido durante ambos movimientos: apertura y cierre, O un clic durante uno de los movimientos de apertura o cierre, acompañado de un clic durante cualquiera de los movimientos de protrusión, lateralidad derecha o lateralidad izquierda.
- La presencia de ambos ruidos (clic y crepitación) en una articulación, en cualquier dirección, puede ser suficiente hallazgo para que la evaluación sea detenida, esto depende de qué otra información el evaluador desea obtener (tal como si un ruido ocurre en un movimiento particular).

**Repita 2 veces más.**

**Coloque sus dientes posteriores completamente juntos, abra ligeramente, y mueva su mandíbula hacia adelante lo más que pueda, aunque sienta dolor; regrese su mandíbula hacia atrás y coloque sus dientes posteriores completamente juntos.**

- Registre este hallazgo.

**Repita 2 veces más.**

---



<p><i>Pregúntele al paciente con respecto a los ruidos articulares</i></p>	<p><b>¿Escucho o sintió algún ruido en esta [derecha, izquierda] articulación cuando movió su mandíbula hacia delante o hacia los lados?</b></p> <p>SI LA RESPUESTA ES 'SI':</p> <p><b>¿Qué tipo de ruidos escuchó o sintió?</b></p> <p>&lt;Se puede asistir al paciente ofreciéndole palabras diferentes que pueden ser utilizadas como calificativos para los ruidos articulares tales como: clic, chasquido, tronido, crujido, crepitación, rechinado.&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●El examinador toca la articulación derecha, mientras hace la pregunta.</li> <li>●El examinador puede entrevistar al paciente si es necesario con el objetivo de localizar el sitio (derecho vs izquierdo) de los ruidos.</li> </ul>
--	---	---

<p><i>Investigación del dolor</i></p>	<p>SI EL PACIENTE REPORTA CLIC:</p> <p><b>¿Sintió algún dolor cuando ocurrió el clic?</b></p> <p>Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR</p> <p>6.2.3: Dolor relacionado con el clic</p> <p>6.2.4: Dolor familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Registre los hallazgos.</li> </ul>
---------------------------------------	---	--

<p><i>Repita para la articulación izquierda</i></p>	<p>&lt;ninguna&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Repita las instrucciones para la articulación izquierda si la evaluación se realiza por separado.</li> </ul>
---	------------------------	--

**E8. Bloqueo Articular**

<p><i>Bloqueo en posición cerrada</i></p>	<p>&lt; Si el bloqueo en posición cerrada ocurre durante el examen:&gt;</p> <p><b>¿Puede “desbloquear” su mandíbula?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●La inhabilidad para abrir la boca más allá de una posición parcialmente abierta, aunque sea momentáneamente, es un hallazgo positivo.</li> <li>●Registre si el paciente o el evaluador reducen el bloqueo de posición cerrada o si éste no puede ser reducido.</li> </ul>
---	--	---

<p><i>Bloqueo en posición abierta</i></p>	<p>&lt; Si el bloqueo en posición abierta ocurre durante el examen:&gt;</p> <p><b>¿Puede “desbloquear” su mandíbula?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La inhabilidad de cerrar la boca desde la posición de apertura máxima, aunque sea momentáneamente, es un hallazgo positivo.</li> <li>• Registre si el paciente o el evaluador reducen el bloqueo de posición abierta o si éste no puede ser reducido.</li> </ul>
---	--	---

**E9. Dolor Muscular y de la Articulación Temporomandibular a la Palpación**

<p><i>Generalidades</i></p> <p><i>Figura 24</i></p>	<p>&lt;ninguna&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elija el método de palpación para cubrir los músculos grandes: exhaustiva cuando cada parte del musculo es palpada, o de muestra donde solo áreas del musculo son palpadas.</li> <li>• Seleccione el tiempo de duración para la aplicación del estímulo: <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 2 segundos para eficiencia e ignorando el diagnostico de dolor referido, o (b) 5 segundos para minimizar el(los) número(s) de falsos negativos en el diagnóstico de dolor referido y para una mejor identificación de la hiperalgesia.</li> </ul> </li> </ul>
---	------------------------	--

<p><i>Instrucciones</i></p>	<p><b>Ahora le voy a aplicar presión en diferentes áreas de su cabeza, cara y mandíbula, y le preguntare acerca del dolor, dolor familiar, y dolor de cabeza familiar.</b></p> <p><b>Además, le voy a preguntar si el dolor permaneció solo bajo mi dedo o si lo sintió también en algún otro lugar aparte de debajo de mi dedo.</b></p> <p>Le preguntaré con las palabras “dolor” “dolor familiar” “dolor de cabeza familiar” y “solo debajo de mi dedo”.</p> <p>[La pregunta se puede hacer con “se va a algún otro lugar” si así lo prefiere el examinador].</p> <p><b>Cada vez aplicaré y mantendré la presión por 5 segundos.</b></p>	<p>&lt;ninguna&gt;</p>
-----------------------------	--	------------------------

<p><i>Calibración del examinador</i></p> <p><i>Figura 25</i></p>	<p>&lt;ninguna&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El examinador usando un “algómetro digital” calibra los dedos respectivos de cada mano (derecha e izquierda) a 1.0 kg.</li> </ul>
--	------------------------	--

<p><i>Músculos Temporal y Masetero</i></p>	<p>[Se le puede pedir al paciente que haga un apretamiento de mordida (junte y apriete sus dientes) para identificar los bordes musculares.]</p> <p>[Por favor relaje su mandíbula.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Palpe unilateralmente los músculos Temporal y Masetero.</li> <li>●Palpe todo el músculo. Para una cobertura sistemática, use tres zonas verticales para el temporal y tres bandas horizontales para el masetero.</li> </ul>
<p><i>Figuras 24 &amp; 26-30</i></p>	<p>Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR</p> <p>6.2.2: Dolor inducido con la palpación</p> <p>6.2.4: Dolor familiar</p> <p>6.2.5: Dolor referido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Aplique 1 kg por un total de 5 segundos.</li> <li>●Registre los hallazgos.</li> </ul>
<p><i>Calibración del examinador</i></p> <p><i>Figura 33</i></p>	<p>&lt;ninguna&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●El examinador usando un “algómetro digital” calibra los dedos respectivos de cada mano (derecha e izquierda) a 0.5 kg; si no está seguro, use más, pero no menos fuerza.</li> </ul>
<p><i>ATM: polo lateral</i></p>	<p><b>Abra la boca ligeramente, y mueva [deslice] su mandíbula hacia adelante y después muévela [deslícela] hacia atrás a su posición normal con sus dientes ligeramente separados.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Examine el lado derecho primero, después el lado izquierdo. Vea las figuras y úselas como guía para la localización de cada área de palpación.</li> <li>●Coloque el dedo índice anterior al tragus del oído externo y sobre la ATM.</li> </ul>
<p><i>Figuras 31-33</i></p>	<p>Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR</p> <p>6.2.2: Dolor inducido con la palpación</p> <p>6.2.4: Dolor familiar</p> <p>6.2.5: Dolor referido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Aplique 0.5 kg de fuerza y manténgalos por 5 segundos.</li> <li>●Registre los hallazgos.</li> </ul>
<p><i>Calibración del examinador</i></p> <p><i>Figura 36</i></p>	<p>&lt;ninguna&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●El examinador usando un “algómetro digital” calibra los dedos respectivos de cada mano (derecha e izquierda) a 1.0 kg.</li> </ul>

	<b>Abra ligeramente, y deslice un poco su mandíbula hacia adelante y manténgala en esa posición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Examine el lado derecho primero, después el lado izquierdo. Vea las figuras y úselas como guía para la localización de cada palpación.</li> <li>● Coloque el dedo en la parte posterior del polo lateral.</li> </ul>
	Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR	
<i>ATM: alrededor del polo lateral</i>	6.2.2: Dolor inducido con la palpación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La mandibular debe estar lo suficientemente protruida de tal manera tal que se pueda tener acceso al área dorsal del polo lateral y manteniendo el acceso al área anterior del mismo.</li> </ul>
<i>Figuras 34-36</i>	6.2.4: Dolor familiar	
	6.2.5: Dolor referido	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Deslice el dedo completamente alrededor del polo lateral. El dedo debe “abarcarse” ó contactar la porción lateral del polo condilar mientras el mismo se desliza suavemente con un movimiento circular que debe tomar alrededor de 5 segundos en su totalidad.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Registre los hallazgos.</li> </ul>
<b>E10. Palpación de áreas suplementarias</b>		
<i>Calibración del examinador</i>	<ninguna>	El examinador usando un “algómetro digital” calibra los dedos respectivos de cada mano (derecha e izquierda) a 0.5 kg.
<i>Figura 38</i>		
	<b>Relaje su mandíbula.</b>	
	[Extienda su cabeza.]	
<i>Región mandibular posterior</i>	Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR	El objetivo es el musculo digástrico posterior. Esta región está definida como el área entre la inserción del musculo esternocleidomastoideo y el borde posterior de la mandíbula.
<i>Figura 37,39</i>	6.2.2: Dolor inducido con la palpación	
	6.2.4: Dolor familiar	
	6.2.5: Dolor referido	
	<b>Relaje su mandíbula.</b>	
	[Incline su barbilla hacia el pecho.]	
<i>Región submandibular</i>	Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR	El objetivo es el musculo pterigoideo medial (pterigoideo interno). Esta región está definida como el área que se encuentra 2 cm por delante del ángulo de la mandíbula, en área medial o interna.
<i>Figuras 37,39</i>	6.2.2: Dolor relacionado con la palpación	
	6.2.4: Dolor familiar	
	6.2.5: Dolor referido	

**Abra ligeramente y mueva su mandíbula hacia un lado.**

<i>Área del pterigoideo lateral</i>	Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR	El objetivo es el área del músculo pterigoideo lateral. Coloque el dedo sobre la zona bucal del reborde alveolar superior a los molares y mueva el dedo distalmente, en dirección superior y medial y palpe.
<i>Figura 40</i>	6.2.2: Dolor inducido con la palpación	
	6.2.4: Dolor familiar	
	6.2.5: Dolor referido	

**Abra su boca.**

Coloque su dedo sobre el borde anterior del proceso coronoideo. Palpe sobre la zona superior del proceso.

<i>Tendón del Temporal</i>	Ver la ENTREVISTA DEL DOLOR
<i>Figura 41</i>	6.2.2: Dolor inducido con la palpación
	6.2.4: Dolor familiar
	6.2.5: Dolor referido

**E11. Comentarios del Examinador**

<i>Comentarios del examen</i>	<ninguna>	Incluya la descripción de cualquier barrera física para la evaluación, así como cualquier excepción o modificación de las circunstancias protocolares.
-------------------------------	-----------	--

**FIN DEL EXAMEN DE CD/TTM**

La información de este documento fue tomada de la fuente original:  
 Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol, Version: June 2, 2013.

NOTA: El documento principal se mantiene y es accesible en [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org).

## **Formulario de Examen (FDI)**

# CD/TTM Formulario de Examen

Fecha del examen (dia-mes-año)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paciente \_\_\_\_\_ Examinador \_\_\_\_\_

## 1a. Localización del dolor: En los últimos 30 días (Seleccionar todas las que apliquen)

### LADO DERECHO

- Ninguno     Temporal     Otros musc masticatorios  
 Masetero     ATM     Estructura No-masticatoria.

### LADO IZQUIERDO

- Ninguno     Temporal     Otros musc masticatorios  
 Masetero     ATM     Estructura No-masticatoria

## 1b. Localización de la cefalea: En los últimos 30 días (Seleccione todas las que apliquen)

- Ninguno     Temporal     Otro     Ninguno     Temporal     Otro

## 2. Relaciones Incisales Diente de Referencia FDI #11    FDI #21    Otro

Sobre-mordida Horizontal     Negativo      mm    Sobre-mordida Vertical     Negativo      mm    Desviación línea media    Der    Izq    N/A      mm

## 3. Patrón de Apertura (Complementario; Seleccione uno)

- Recto     Desviación corregida     Derecha     Izquierda

Desviación no corregida

## 4. Movimientos de Apertura y Cierre

### A. Apertura Sin Dolor

--	--

 mm

### LADO DERECHO

Dolor    Dolor Familiar    Cefalea Familiar

### LADO IZQUIERDO

Dolor    Dolor Familiar    Cefalea Familiar

### B. Apertura Maxima No Asistida

--	--

 mm

	Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar		Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar
Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Masetero	(N) (S)	(N) (S)		Masetero	(N) (S)	(N) (S)	
ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)	
Otros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Otros Musc M	(N) (S)	(N) (S)	
No Masticat.	(N) (S)	(N) (S)		No Masticat.	(N) (S)	(N) (S)	

### C. Apertura Maxima Asistida

--	--

 mm

	Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar		Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar
Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Masetero	(N) (S)	(N) (S)		Masetero	(N) (S)	(N) (S)	
ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)	
Otros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Otros Musc M	(N) (S)	(N) (S)	
No Masticat.	(N) (S)	(N) (S)		No Masticat.	(N) (S)	(N) (S)	

D. ¿Terminada?    (N) (S)

## 5. Movimientos Laterales y Protrusión

### A. Lateralidad Derecha

--	--

 mm

### LADO DERECHO

Dolor    Dolor Familiar    Cefalea Familiar

### LADO IZQUIERDO

Dolor    Dolor Familiar    Cefalea Familiar

	Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar		Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar
Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Masetero	(N) (S)	(N) (S)		Masetero	(N) (S)	(N) (S)	
ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)	
Otros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Otros Musc M	(N) (S)	(N) (S)	
No Masticat.	(N) (S)	(N) (S)		No Masticat.	(N) (S)	(N) (S)	

### B. Lateralidad Izquierda

--	--

 mm

	Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar		Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar
Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Masetero	(N) (S)	(N) (S)		Masetero	(N) (S)	(N) (S)	
ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)	
Otros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Otros Musc M	(N) (S)	(N) (S)	
No Masticat.	(N) (S)	(N) (S)		No Masticat.	(N) (S)	(N) (S)	

### C. Protrusión

--	--

 mm

	Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar		Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar
Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Masetero	(N) (S)	(N) (S)		Masetero	(N) (S)	(N) (S)	
ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)	
Otros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Otros Musc M	(N) (S)	(N) (S)	
No Masticat.	(N) (S)	(N) (S)		No Masticat.	(N) (S)	(N) (S)	

Si es negativa

## 6. Ruidos Articulares durante Movimientos de Apertura y Cierre

### ATM DERECHA

	Examinador		Paciente	Dolor c/ Clic	Dolor Familiar
	Apertura	Cierre			
Clic	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Crepitación	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		

### ATM IZQUIERDA

	Examinador		Paciente	Dolor c/ Clic	Dolor Familiar
	Apertura	Cierre			
Clic	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Crepitación	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		

## 7. Ruidos de la ATM durante los Movimientos Laterales y Protrusión

### ATM DERECHA

	Examinador	Paciente	Dolor c/ Clic	Dolor Familiar
Clic	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Crepitación	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		

### ATM IZQUIERDA

	Examinador	Paciente	Dolor c/ Clic	Dolor Familiar
Clic	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Crepitación	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		

## 8. Bloqueo Articular

### ATM DERECHA

	Bloqueo	Reducción	
		Paciente	Evaluador
Mientras Abre	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Posición Max. Apertura	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

### ATM IZQUIERDA

	Bloqueo	Reducción	
		Paciente	Evaluador
Mientras Abre	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Posición Max. Apertura	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

## 9. Dolor Muscular y de ATM con la Palpación

### LADO DERECHO

(1 kg)	Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar	Dolor Referido
Temporal (posterior)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Temporal (medio)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Temporal (anterior)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Masetero (origen)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Masetero (cuerpo)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Masetero (inserción)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Polo Lateral (0.5 kg)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Alrededor P.L (1 kg)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

### LADO IZQUIERDO

(1 kg)	Dolor	Dolor Familiar	Cefalea Familiar	Dolor Referido
Temporal (posterior)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Temporal (medio)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Temporal (anterior)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Masetero (origen)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Masetero (cuerpo)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Masetero (inserción)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Polo lateral (0.5 kg)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Alrededor P.L (1 kg)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S		<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

## 10. Músculos Adicionales

### LADO DERECHO

(0.5 kg)	Dolor	Dolor Familiar	Dolor Referido
Región Mandibular Posterior	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Región Submandibular	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Area Pterigoideo Lateral	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Tendón del Temporal	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

### LADO IZQUIERDO

(0.5 kg)	Dolor	Dolor Familiar	Dolor Referido
Región Mandibular Posterior	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Región Submandibular	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Area Pterigoideo Lateral	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
Tendón del Temporal	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

## 11. Diagnósticos

### Trastornos Dolorosos

- Ninguno  
 Mialgia  
 Dolor Miofascial con patron referido  
 Artralgia ATM derecha  
 Artralgia ATM izquierda  
 Cefalea atribuida a TTM

### ATM Derecha

Ninguno

### Desplazamiento del Disco (marque uno)

- con reducción  
 con reducción, con bloqueo intermitente  
 sin reducción, con limitación de apertura  
 sin reducción, sin limitación de apertura  
 Enfermedad degenerativa  
 Subluxación

### ATM Izquierda

Ninguno

### Desplazamiento del Disco (marque uno)

- con reducción  
 con reducción, con bloqueo intermitente  
 sin reducción, con limitación de apertura  
 sin reducción, sin limitación de apertura  
 Enfermedad degenerativa  
 Subluxación

## 12. Comentarios del Examinador



# Diagnóstico

Instrumento	Fuente
<p>Árboles de Decisión Diagnóstica, basados en criterios publicados</p>	<p>Los árboles de decisión fueron creados por el sitio web del Consorcio y la comunidad y son de público dominio. Sin embargo, su vínculo científico es el siguiente:</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral &amp; Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Figure Version: January 24, 2014</p>
<p>Tabla de Criterios Diagnósticos, basados en criterios publicados</p>	<p>La Tabla de Criterios Diagnósticos fue creada por el sitio web del Consorcio y la comunidad y son de público dominio. Sin embargo, su vínculo científico es el siguiente:</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral &amp; Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Table Version: October 23, 2015</p>

## Árbol Diagnóstico

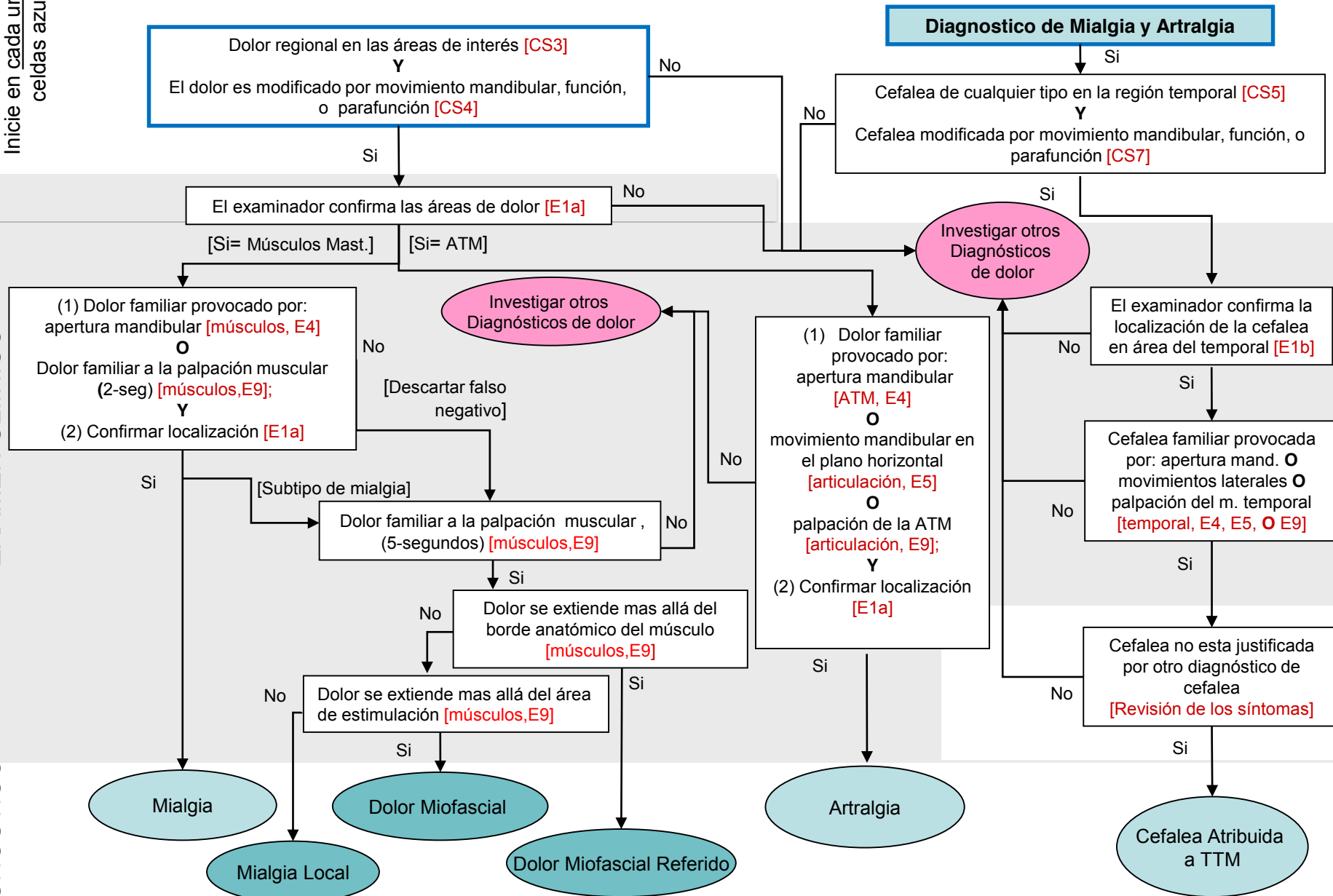
# Trastornos Temporomandibulares Dolorosos y Cefalea

HISTORIA

Inicie en cada una de las celdas azules

EXAMEN CLÍNICO

DIAGNÓSTICO



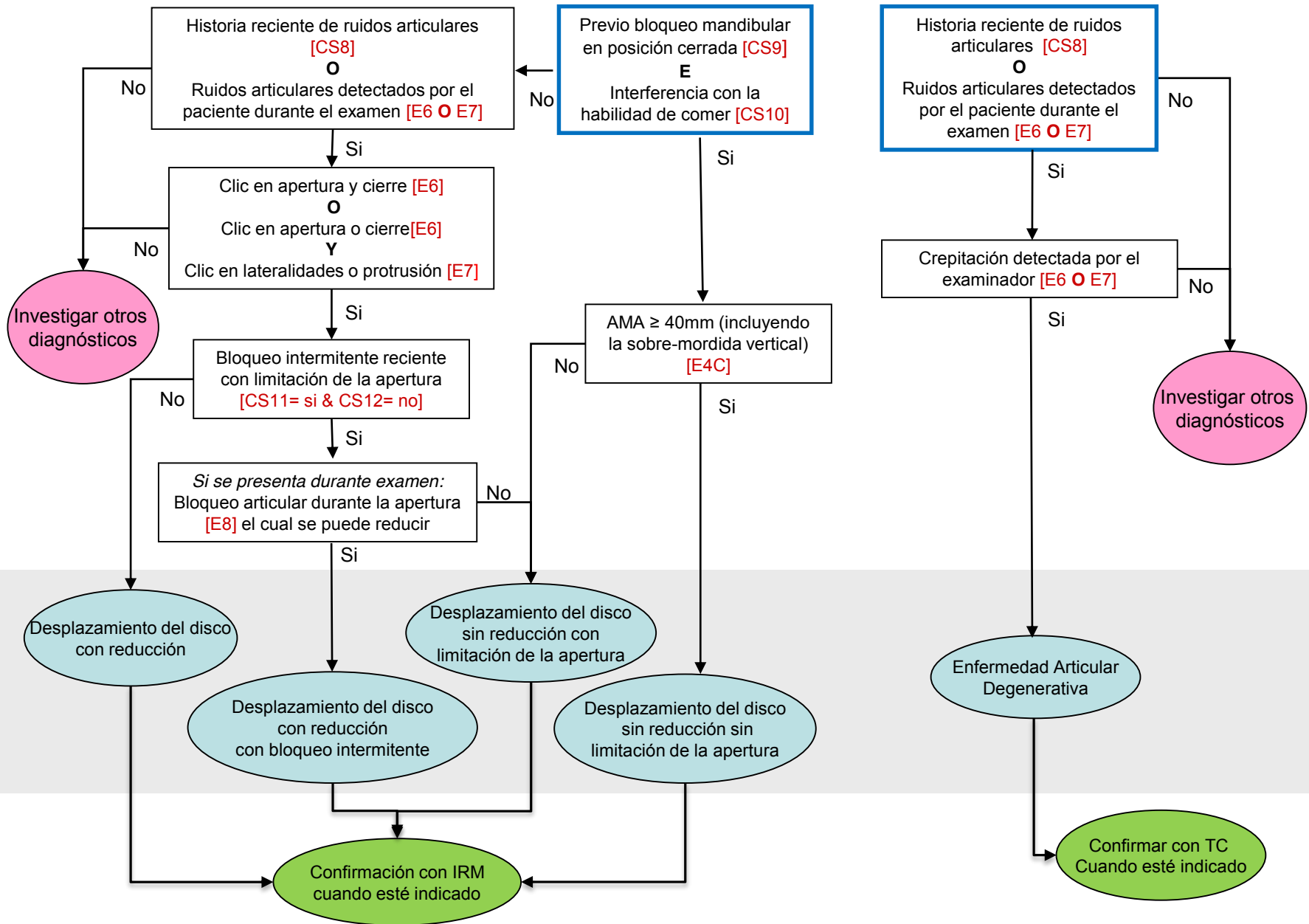
Nota: 2 segs de palpación es suficiente para mialgia; subtipos requieren 5 segs.

# Crterios Diagnsticos para los Trastornos Temporomandibulares (CD/TTM): rbol de Decisi3n Diagnstica

## Trastornos Intra-Articulares

## Enfermedad Articular Degenerativa

HISTORIA Y EXAMEN  
Inicie en cada una de las celdas azules



## **Tabla de Criterios Diagnósticos**

## Crterios Diagnsticos para los Trastornos Temporomandibulares ms comunes: Cuestionario de Sntomas y Examen Clnico

Todos los criterios que se presentan son basados en la historia del paciente (*Cuestionario de Sntomas CD-TTM*) y en el examen clnico (*Formato de Examen CD-TTM*) y los mismos son requeridos para los diagnsticos especficos, a menos que se exprese lo contrario; el criterio es positivo (presente) a menos que se especifique de otra manera. Los periodos de tiempos estipulados en las preguntas relacionadas a la historia o al examen no estarn especificados en las tablas a continuacin, ya que el periodo de tiempo se puede modificar dependiendo del propsito; la lgica no cambia con el periodo de tiempo. El periodo de tiempo tal como se evalu en las preguntas relacionadas al desplazamiento del disco sin reduccin versus reduccin es relativo.

Referencia: Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache* 28:6-27.

Version 23/10/2015

	Historia		Examen	
<i>Trastorno</i>	<i>Criterio</i>	<i>CS</i>	<i>Criterio</i>	<i>Formato de Examen</i>
<b>Trastornos Dolorosos</b>				
Mialgia (ICD-9 729.1) • Sens 0.90 • Spec 0.99	Dolor en las estructuras masticatorias	CS3	Se confirma la localizacin del dolor en musculo(s) masticatorio(s)	E1a
	Dolor es modificado con el movimiento mandibular, funcin o parafuncin	CS4	Dolor familiar en el(los)musculo(s) masticatorio(s) ya sea durante la palpacin o apertura mxima	E4b, E4c, o E9: dolor familiar en el musculo temporal o masetero, o en otros msculos masticatorios de ser relevante; • E10: dolor familiar en los msculos suplementarios, si E10 se incluye.
Sub-tipos de Mialgia				
Mialgia Local (ICD-9 729.1)  Sens y Spec no establecidas	[Igual que Mialgia]	[CS3 & CS4]	Se confirma la localizacin del dolor en musculo(s) masticatorio(s)	E1a
			Dolor familiar en el(los)musculo(s) masticatorio(s) durante la palpacin	E9: dolor familiar en el temporal o masetero; • E10: dolor familiar en los msculos suplementarios, si E10 se incluye
			El dolor se mantiene localizado al rea estimulada	E9: negativo al dolor referido y propagado; <b>y</b> E10: negativo al dolor referido y propagado, si E10 se incluye.

<i>Trastorno</i>	<b>Historia</b>		<b>Examen</b>	
	<i>Criterio</i>	<i>CS</i>	<i>Criterio</i>	<i>Formato de Examen</i>
<u>Dolor Miofascial</u> (ICD-9 729.1)	[Igual que Mialgia]	[CS3 & CS4]	Se confirma la localización del dolor en musculo(s) masticatorio(s)	E1a
Sens y Spec no establecidas			Dolor Familiar durante la palpación	E9: dolor familiar en el temporal o masetero; <ul style="list-style-type: none"> <li>o</li> </ul> E10: dolor familiar en los músculos suplementarios, si E10 se incluye
			Dolor propagado (pero no referido) con la palpación muscular	E9: dolor propagado; <ul style="list-style-type: none"> <li>o</li> </ul> E10: dolor propagado, si E10 se incluye; <b>y</b> E9: negativo al dolor referido; <b>y</b> E10: negativo al dolor referido, si E10 se incluye.

<i>Trastorno</i>	<i>Historia</i>		<i>Examen</i>	
	<i>Criterio</i>	<i>CS</i>	<i>Criterio</i>	<i>Formato de Examen</i>
<u>Dolor Miofascial con Patrón Referido</u> (ICD-9 729.1) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sens 0.86</li> <li>• Spec 0.98</li> </ul>	[Igual que Mialgia]	[CS3 & CS4]	Se confirma la localización del dolor en musculo(s) masticatorio(s)	E1a
			Dolor familiar en el(los)musculo(s) masticatorio(s) durante la palpación	E9: dolor familiar en el temporal o masetero; <ul style="list-style-type: none"> <li>• E10: dolor familiar en los músculos suplementarios, si E10 se incluye</li> </ul>
			Dolor referido con la palpación muscular	E9: positivo al dolor referido; <ul style="list-style-type: none"> <li>• E10: positivo al dolor referido, si E10 se incluye.</li> </ul>
Artralgia (ICD-9 524.62) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sens 0.89</li> <li>• Spec 0.98</li> </ul>	Dolor en las estructuras masticatorias	CS3	Se confirma la localización del dolor en la(s)ATM	E1a
	Dolor es modificado con el movimiento mandibular, función o parafunción	CS4	Dolor familiar en la(s) ATM durante la palpación o movimiento mandibular	E4b, E4c, E5a-c, o E9: Dolor familiar en la(s) ATM
Cefalea Atribuida a los TTM (ICD-9 339.89 [Otros Síndromes de Cefalea Especificados ], o ICD-9 784.0 [Cefalea]) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sens 0.89</li> <li>• Spec 0.87</li> </ul> <p>Note que para un diagnóstico de Cefalea secundaria o atribuida, se requiere la presencia de un diagnostico primario de mialgia o artralgia.</p>	Cefalea de cualquier tipo en la región temporal	CS5	Se confirma la localización de la cefalea en el musculo temporal	E1b
	Cefalea es modificado con el movimiento mandibular, función o parafunción	CS7	Cefalea familiar en el área del musculo temporal ya sea por: a. Palpación del musculo temporal <ul style="list-style-type: none"> <li>• b. Movimiento mandibular</li> </ul>	E4b, E4c, E5a-c, o E9: cefalea familiar en el musculo temporal



	Historia		Examen	
Trastorno	Criterio	CS	Criterio	Formato de Examen
<b>Trastornos Intra-Articulares</b>				
Desplazamiento del disco con reducción (ICD-9 524.63) • Sens 0.34 • Spec 0.92	Historia reciente de ruidos articulares , <b>O</b>	CS8	Clic en apertura <u>y</u> cierre, <b>O</b>	E6: Clic (apertura & cierre) <b>O</b>
	Ruidos articulares detectados por el paciente durante el examen	E6 o E7: ruidos articulares reportados por el paciente	Ambos (a) Clic en apertura <u>o</u> cierre, <b>y</b> (b) Clic en lateralidades o protrusión	E6: (apertura o cierre) clic, <b>y</b> E7: clic
Desplazamiento del disco con bloqueo intermitente (ICD-9 524.63) • Sens 0.38 • Spec 0.98	[Igual que desplazamiento del disco con reducción ]	[Igual que DD con reducción]	[Igual que desplazamiento del disco con reducción ]	[Igual que desplazamiento del disco con reducción ]
	Bloqueo intermitente reciente con limitación de la apertura	CS11=yes CS12=no	Cuando el bloqueo articular se presenta durante examen manipulación mandibular es requerida para abrir la boca	E8 (opcional)
Desplazamiento del disco sin reducción con limitación de la apertura (ICD-9 524.63) • Sens 0.80 • Spec 0.97	Bloqueo intermitente reciente con limitación de la apertura	CS9	Estiramiento pasivo (apertura máxima asistida < 40mm	E4c < 40mm incluyendo la sobre mordida vertical
	Limitación de la apertura lo suficientemente severa que interfiere con la habilidad de comer	CS10		
Desplazamiento del disco sin reducción sin limitación de la apertura (ICD-9 524.63) • Sens 0.54 • Spec 0.79	Bloqueo intermitente reciente con limitación de la apertura	CS9	Estiramiento pasivo (apertura máxima asistida $\geq$ 40mm	E4c $\geq$ 40mm incluyendo la sobre mordida vertical
	Limitación de la apertura lo suficientemente severa que interfiere con la habilidad de comer	CS10		
Enfermedad Articular Degenerativa (ICD-9 715.18) • Sens 0.55 • Spec 0.61	Historia reciente de ruidos articulares, <b>O</b>	SQ8	Crepitación durante movimientos mandibulares	E6 o E7: Crepitación detectada por el examinador
	Ruidos articulares detectados por el paciente durante el examen	E6 o E7: ruidos articulares reportados por el paciente		

<i>Trastorno</i>	<i>Historia</i>		<i>Examen</i>	
	<i>Criterio</i>	<i>CS</i>	<i>Criterio</i>	<i>Formato de Examen</i>
<i>Subluxación (ICD-9 830.0)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sens 0.98</i></li> <li>• <i>Spec 1.00</i></li> </ul>	<i>Bloqueo articular en posición de apertura amplia.</i>	<i>CS13</i>	<i>Cual el trastorno se presenta en la clínica: manipulación mandibular es requerida para cerrar la boca</i>	<i>E8 (optional)</i>
	<i>Incapaz de cerrar la boca sin manipulación específica</i>	<i>CS14</i>		

\* La utilización de “Reciente” y “Previo” (basado en CS9) para distinguir, “con limitación de la apertura” vs. “sin limitación de la apertura” como variantes del desplazamiento del disco sin reducción, son interpretados en base a los cambios que se producen a través del tiempo tal como se captura en la historia y se confirma durante el examen clínico de los movimientos mandibulares.

## Cambios a este documento

### Oct 23, 2015

- Valores incorrectos de sensibilidad y especificidad estaban escritos para algunos trastornos; dicho error fue identificado por unos de los líderes de los equipos de traducción, y el origen del error surgió durante la preparación de las tablas antes del cómputo final de los mismos para su publicación en el DC/TMD

### May 25, 2014

- Se agregó “O” a “Historia reciente de ruidos articulares” para cada uno de los Desplazamientos del Disco con Reducción y Enfermedad Articular Degenerativa, tal como publicado en el DC/TMD.
- Se agregó una nota en el criterio diagnóstico de Cefalea Atribuida a TTM, en referencia a la necesidad de tener un diagnóstico de mialgia o artralgia para poder establecer el diagnóstico de cefalea secundaria.
- Corrección de discrepancias de puntuación.

### April 29, 2014

- Corrección del diagnóstico “Dolor Miofascial” el cual incorrectamente descrito como “Dolor Miofascial con Propagación”

## Evaluación Eje II

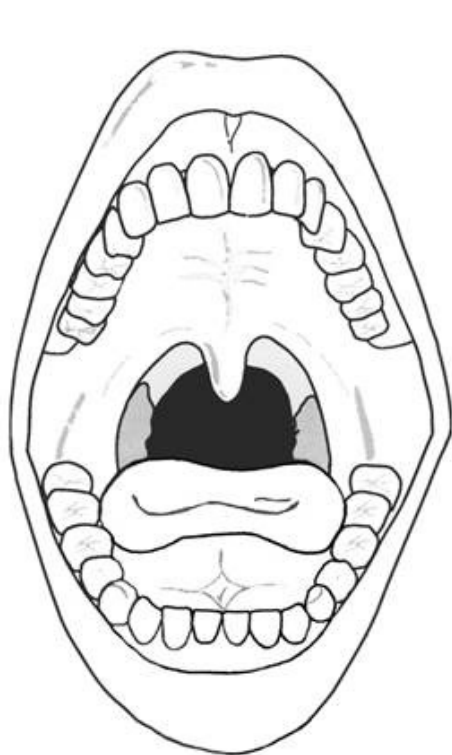
Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
✓	✓	Pain Drawing	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
✓	✓	Graded Chronic Pain Scale Version 2.0	Von Korff M. Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: empirical bases and new directions. In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of Pain Assessment, Third Edition. New York: Guilford Press. 2011. pp 455 – 473. Form Version: May 12, 2013
✓		Jaw Functional Limitations Scale - 8-item	Ohrbach R, Larsson P, and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. <i>J.Orfacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
	✓	Jaw Functional Limitations Scale - 20-item	Ohrbach R, Larsson P, and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. <i>J.Orfacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
✓		PHQ-4	Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, and Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. <i>Psychosomatics</i> 50 (6):613-621, 2009. A text-revision of this instrument is posted at <a href="http://www.phqscreeners.com/">http://www.phqscreeners.com/</a> and incorporated into the final instrument for the Consortium. Form Version: May 12, 2013

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
	✓	PHQ-9	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. <i>Journal of General Internal Medicine</i> 16 (9):606-613, 2001.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at <a href="http://www.phqscreeners.com/">http://www.phqscreeners.com/</a> and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	✓	GAD-7	<p>Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, and Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. <i>Arch.Intern.Med.</i> 166 (10):1092-1097, 2006.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at <a href="http://www.phqscreeners.com/">http://www.phqscreeners.com/</a> and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	✓	PHQ-15	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. <i>Psychosom.Med.</i> 64 (2):258-266, 2002.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
✓	✓	Oral Behaviors Checklist	<p>Ohrbach R, Markiewicz MR, and McCall WD Jr. Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. <i>European Journal of Oral Sciences</i> 116:438-444, 2008.</p> <p>Ohrbach R et al. Oral Behaviors Checklist: Development and validation. Forthcoming.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>

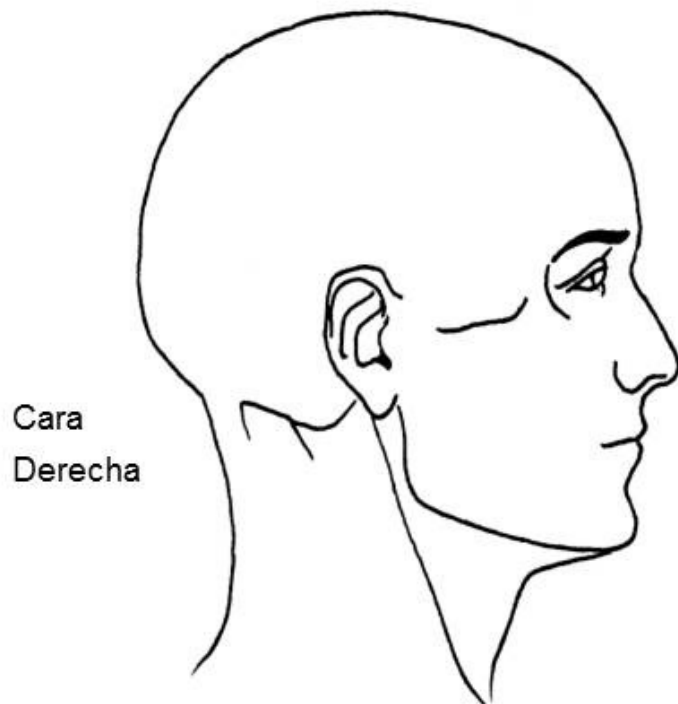
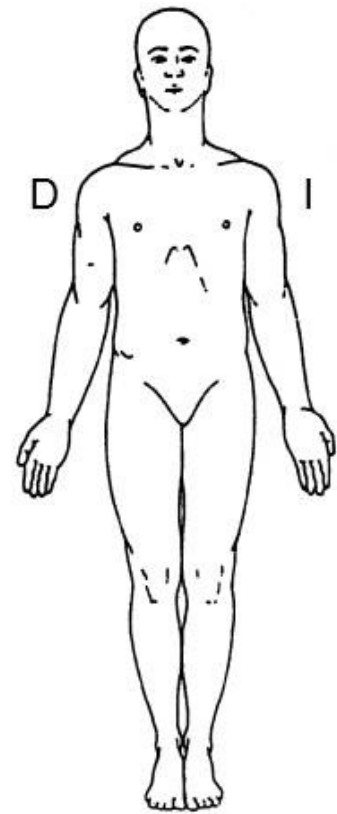
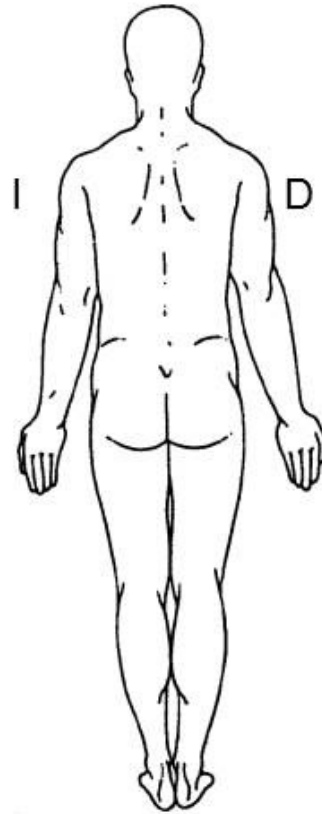
## Diagrama Del Dolor

# Diagrama Del Dolor

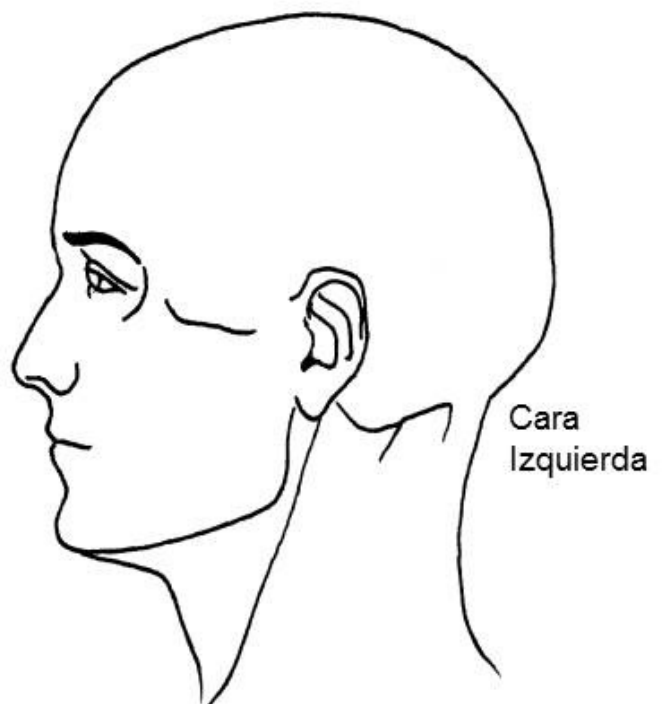
Indique la localización de TODOS sus dolores, sombreando o coloreando las áreas en los diagramas más relevantes. Si su dolor está localizado en un punto exacto, indíquelo con un punto sólido como este (●). Si su dolor se mueve de una localidad a otra, use flechas para indicar su trayectoria.



Boca y Dientes



Cara  
Derecha



Cara  
Izquierda

## **Escala del Grado de Dolor Crónico (Versión 2.0)**

## Escala del Grado de Dolor Crónico Versión 2.0 (GCPS v2.0)

1. ¿En los últimos 6 meses, cuántos días ha tenido dolor facial? \_\_\_\_\_ Días

2. ¿Cómo calificaría su dolor facial **JUSTO EN ESTE MOMENTO**? Use una escala de 0 a 10, donde 0 es “sin dolor” y 10 es “el peor dolor que podría tener”

Sin Dolor Peor dolor que podría tener

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. En los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** ¿cómo calificaría su **PEOR** dolor facial? Use la misma escala, donde 0 es “sin dolor” y 10 es “el peor dolor que podría tener”

Sin Dolor Peor dolor que podría tener

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. En los **ÚLTIMOS 30 DÍAS, EN PROMEDIO** ¿cómo calificaría su dolor facial? Use la misma escala, donde 0 es “sin dolor” y 10 es “el peor dolor que podría tener”. [Es decir, su dolor usual las veces que tiene dolor.]

Sin Dolor Peor dolor que podría tener

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. En los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, ¿cuántos días lo ha mantenido su dolor facial fuera de sus **ACTIVIDADES USUALES O DE COSTUMBRE** tales como actividades laborales (trabajo), escolares o domesticas/ quehaceres del hogar (todos los días = 30 días)? \_\_\_\_\_ **Días**

6. En los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, ¿cuánto ha interferido su dolor facial con sus **ACTIVIDADES DIARIAS**? Use una escala de 0 a 10, donde 0 es “sin interferencia” y 10 es “incapaz de realizar cualquier actividad”

Sin interferencia Incapaz de realizar cualquier actividad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. En los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** ¿cuánto ha interferido su dolor facial con sus **ACTIVIDADES RECREACIONALES, SOCIALES Y FAMILIARES**? Use una escala de 0 a 10, donde 0 es “sin interferencia” y 10 es “incapaz de realizar cualquier actividad”

Sin interferencia Incapaz de realizar cualquier actividad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. En los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, ¿cuánto ha interferido su dolor facial con su **HABILIDAD PARA TRABAJAR**, incluyendo sus quehaceres domesticos/del hogar? Use una escala de 0 a 10, donde 0 es “sin interferencia” y 10 es “incapaz de realizar cualquier actividad”

Sin interferencia Incapaz de realizar cualquier actividad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



## **Escala de Limitación de la Función Mandibular (JFLS-8)**

## Escala de Limitación de la Función Mandibular (JFLS-8)

Para cada una de las siguientes preguntas, indique el nivel de limitación **durante el último mes**. Si ha evitado completamente dicha actividad porque es sumamente difícil, entonces seleccione el “10”. Si evitó alguna de las actividades por cualquiera otra razón diferente al dolor o dificultad, deje la pregunta en blanco

	Sin Limitación										Limitación severa
1. Masticar comidas difíciles de triturar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Masticar pollo (por ejemplo, preparado al horno)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Comer comida suave que no necesita masticación (por ejemplo: puré de papas, puré de manzana, flan o cualquier puré)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Abrir la boca lo suficiente para beber de una tasa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Tragar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Bostezar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Hablar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Sonreír	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## **Escala de Limitación de la Función Mandibular (JFLS-20)**

## Escala de Limitación de la Función Mandibular (JFLS-20)

Para cada una de las siguientes preguntas, indique el nivel de limitación durante el último mes. Si ha evitado completamente dicha actividad porque es sumamente difícil, entonces seleccione el "10". Si evitó alguna de las actividades por cualquiera otra razón diferente al dolor o dificultad, deje la pregunta en blanco.

		Sin Limitación										Limitación severa
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Masticar comidas difíciles de triturar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Masticar pan duro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Masticar pollo (por ejemplo, preparado al horno)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Masticar galletas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Masticar comida suave (por ejemplo: pastas, frutas suaves o enlatadas, vegetales cocidos, pescado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Comer comida suave que no necesita masticación (por ejemplo: puré de papas, puré de manzana, flan o cualquier puré)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Abrir la boca ampliamente, lo suficiente para morder una manzana entera	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Abrir la boca lo suficientemente amplio para morder un sándwich	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Abrir la boca lo suficiente para hablar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Abrir la boca lo suficiente para beber de una tasa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	Tragar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	Bostezar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.	Hablar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.	Cantar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Expresar cara de felicidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.	Expresar cara de enojo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.	Fruncir el ceño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.	Besar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Sonreír	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.	Reír	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## **Cuestionario de la Salud del Paciente PHQ-4**

## Cuestionario de la Salud del Paciente (PHQ-4)

En las últimas 2 semanas, ¿Qué tan frecuentemente le han molestado los siguientes problemas? Por favor, coloque una marca (x) en el recuadro para indicar su respuesta.

	Ningún día 0	Varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
1. Sentirse nervioso (a), ansioso (a) o al límite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No poder detener o controlar su preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se ha sentido decaído (a), deprimido (a), o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PUNTAJE TOTAL =**

Si usted marcó <u>cualquiera</u> de estos problemas, ¿Qué tan difícil, le han hecho estos problemas hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas?			
Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Cuestionario de la Salud del Paciente (PHQ-9)**

## Cuestionario de la Salud del Paciente (PHQ- 9)

Durante las últimas dos semanas, ¿Qué tan frecuentemente le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Coloque una marca (x) en el recuadro para indicar su respuesta)

		Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
		0	1	2	3
1.	Poco interés o placer para hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Sintiéndose cansado(a) o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Con poco apetito o ha comido en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Sintiéndose mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso, o ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo. O por el contrario, ha estado tan inquieto(a) o agitado(a) que se ha estado moviendo mucho más de lo normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Pensando que estaría mejor muerto(a) o que desearía lastimarse de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNTUACIÓN TOTAL =

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿Qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?			
Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **Trastornos de Ansiedad Generalizada (GAD-7)**

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD – 7)

Durante las últimas dos semanas, ¿Qué tan frecuentemente ha sentido molestias por los siguientes problemas? Coloque una marca (x) en el recuadro para indicar su respuesta.

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No dejar de preocuparse o no poder controlar su preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dificultad para relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNTUACIÓN TOTAL =

Si usted marcó <u>cualquiera</u> de estos problemas, ¿Qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?			
Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Cuestionario de la Salud del Paciente (PHQ-15): Síntomas Físicos**

## Cuestionario de la Salud del Paciente (PHQ-15): Síntomas Físicos

Durante las últimas 4 semanas ¿Qué tanta molestia ha tenido por cualquiera de los siguientes problemas? Por favor ponga una marca en el recuadro para indicar su respuesta

	Sin ningún tipo de molestia	Un poco de molestia	Mucha molestia
	0	1	2
1. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dolor en sus brazos, piernas, o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cólicos menstruales u otros problemas con sus periodos menstruales (PARA MUJERES SOLAMENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Episodios de desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ha sentido su corazón palpitar o acelerarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Le falta la respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dolor o problemas durante la penetración sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Estreñimiento, estómago flojo o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se ha sentido cansado (a) o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ha tenido dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTUACIÓN TOTAL =			

## **Listado de Preguntas de Hábitos Orales**

## Listado de Preguntas de Hábitos Orales

Basado en el último mes ¿qué tan frecuentemente ha realizado las siguientes actividades? Si la frecuencia de la actividad varió, seleccione la opción de mayor frecuencia. Por favor coloque una (X) para cada pregunta y no deje de contestar ninguna de ellas.

<b>Actividades mientras duerme</b>		Ninguna vez	Menos de una noche por mes	De 1 a 3 noches por mes	De 1 a 3 noches por semana	De 4 a 7 noches por semana
1	Basado en cualquier información que tenga, aprieta o rechina los dientes cuando está dormido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Duerme en alguna posición que ejerza presión sobre la mandíbula (por ejemplo: boca abajo o de lado).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Actividades mientras estas despierto</b>		Ninguna vez	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Todo el tiempo
3	Rechina los dientes durante las horas que está despierto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Aprieta los dientes durante las horas que está despierto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Presiona, toca o mantiene los dientes juntos, aparte de cuando come (es decir; contacto entre los dientes superiores y los inferiores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mantiene, aprieta o tensa los músculos sin apretar o juntar los dientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Mantiene o lleva la mandíbula hacia adelante o de lado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Aprieta la lengua con fuerza contra los dientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Coloca la lengua entre los dientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Muerde, mastica o juega con su lengua, mejillas o labios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Mantener la mandíbula en una posición rígida o tensa, como en una posición de protección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Mantiene entre los dientes o muerde objetos como: cabello, pipa, lápices, plumas, dedos, uñas, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Usa goma de mascar (mastica chicle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Usa instrumentos musicales que incluyan el uso de la boca o la mandíbula (por ejemplo: instrumentos de viento, metal o de cuerda).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Apoya su mano sobre la mandíbula (sostener la barbilla).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mastica solamente de un lado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Come entre comidas (es decir; comidas que requieran de masticación).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Su actividad requiere hablar constantemente (profesor, vendedor, servicio al cliente, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Canta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Bosteza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Sostiene el teléfono entre la cabeza y el hombro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>