

## PERSISTENCIA DE DIETA BLANDA EN NIÑOS QUE ASISTEN A UN SERVICIO DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA DE CALI

Martha Inés Torres Arango<sup>1</sup>

Fecha de Recepción: 12 de Julio de 2015

Fecha de aprobación: 3 de Noviembre de 2015

Citar como: Torres, A. (2015). Persistencia de dieta blanda en niños que asisten a un servicio de odontología pediátrica de Cali. *Revista Areté*, 15 (2) pp. 70-77.

### Resumen

La persistencia de dieta blanda altera el desarrollo del sistema estomatognático y sus funciones como, habla, respiración, proceso de ingestión de alimentos, entre otras. Para esta investigación se manejó el Modelo de Creencias en Salud con sus constructos: susceptibilidad y severidad percibida, percepción de los beneficios y las barreras, y claves para la acción. El objetivo fue identificar factores individuales de los cuidadores de los niños, que los induce a persistir en el suministro de una dieta de fácil masticación, en el periodo Mayo-Septiembre de 2011. Se diseñó un estudio descriptivo-transversal. La población la conformaron los adultos padres y/o cuidadores que asistieron a la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Santiago de Cali. La muestra se seleccionó por conveniencia (n=70). El principal resultado fue que un 59% (41/70) persiste en brindar dieta blanda a los niños. La edad de estos cuidadores se comprende entre los 20 y 29 años 37%(26/41), 92%(38/41) son mujeres, 58%(24/41) tienen como ocupación ama de casa. Las causas por la cual se persiste en el suministro de esta dieta blanda, son la falta de información sobre los beneficios de dieta dura y el miedo al ahogamiento, principalmente.

**Palabras clave:** Dieta de fácil masticación o dieta blanda, Modelo de Creencias en Salud, masticación.

### PERSISTENCE OF SOFT DIET IN CHILDREN WHO GO TO A PEDIATRIC ODONTOLOGY CLINIC IN CALI

### Abstract

The persistence of soft diet or easy chewing can influence the development of the stomatognathic system and functions such as: speech breathing, food ingestion, etc. For this investigation the model of beliefs in health was used with its contents: susceptibility perceived, perceived of benefits, barriers and keys to action. The aim was to identify individual factors in child caregivers that

---

<sup>1</sup> Magíster en Epidemiología, Universidad del Valle, Fonoaudióloga de la Universidad Valle. Directora y docente investigadora del Programa de Fonoaudiología de la Universidad Santiago de Cali. Contacto: martha.torres0410@hotmail.com

make them persist in easy chewing diet, in the period May–September 2011. Transversal-descriptive study design. The population was made up by parents or caregivers that assist to the pediatric clinic of the University Santiago of Cali. The selected sample was by convenience (n=70). The main result was: 59% (41/70) gives a soft diet to the children. The age of this caretakers is between 20-29 years 37% (26/41), 92% (38/41) are women, 58% (24/41) are housewives. The cause of persisting in this soft diet is the lack of information about the benefits of hard diet and fear of suffocation or drowning mainly.

**Keywords:** Easy chew diet or soft diet, Health Belief Model, chewing.

## INTRODUCCIÓN

El sistema estomatognático es la unidad morfofuncional que integra y coordina aquellas estructuras óseas, musculares, nerviosas, dentales y glandulares, que se organizan alrededor de las articulaciones cráneo-temporomandibulares, dentoalveolares y dentodentales (oclusión), con el objeto de llevar a cabo las funciones de succión, masticación, deglución, respiración, habla, entre otras (Queiroz, 2007; Okeson, 1995; Proffit, Fields y Sarver, 2008).

Éste se integra y coordina con otros sistemas, para llevar a cabo actividades como respiración, bostezo, suspiro, tos, estornudo, expectoración y vómito, acciones generalmente esenciales para la supervivencia del individuo. También participa en la expresión oral, en la gesticulación buco facial, en la expresión estético-facial con la sonrisa o risa y el beso como expresión afectiva (Okeson, 1995; Miralles y Miralles, 2005).

La masticación es una acción neuromuscular coordinada, aprendida y automática del sistema estomatognático (Miralles y Miralles, 2005) importante para el desarrollo craneofacial, produciendo el desgaste natural de las cúspides y bordes que influyen en el crecimiento y desarrollo de los maxilares, permite que se integren reflejos y movimientos indispensables para activar grupos musculares, con esto se favorece el correcto modo de respiración nasal, al mantenerse el selle labial ocluyéndose la vía oral (Manns, 2011). También durante la masticación se realizan movimientos

linguales ondulatorios, de lateralización, de ascenso y descenso que favorecen el patrón de puntos articulatorios.

Este proceso se da durante los primeros meses de vida a partir de una dieta de fácil masticación, es decir los alimentos que se brindan son de consistencia blanda. Durante este periodo de aprendizaje es primordial para la función masticatoria el aspecto sensorial oral, proporcionado por la erupción de los primeros dientes: incisivos superiores e inferiores. Inicialmente, los movimientos son irregulares y poco coordinados, como en cualquier otra actividad motora en su etapa inicial, en esta fase es fundamental que el niño tenga posibilidades de estímulos diferenciados dados tanto por la alimentación con texturas diferentes como por el uso de juguetes u objetos que lleva a la boca (Queiroz, 2007; Herrera, Londoño y Olaya, 2003).

Durante los primeros meses de vida, los niños están preparando su organismo y estructuras orofaciales para que más adelante se lleve a cabo el proceso de la masticación, para ello en su dieta se van incluyendo alimentos de fácil masticación como: líquidos, semisólidos y finalmente sólidos, que permitirán el fortalecimiento y desarrollo de la musculatura óseo muscular facial, de gran importancia para el desarrollo del habla.

La dieta de fácil masticación o dieta blanda, es una dieta en la que la modificación de la textura va encaminada únicamente a conseguir un mínimo esfuerzo para realizar la masticación. Está indi-

cada para personas que tienen alguna dificultad “mecánica” para masticar los alimentos debido a la incoordinación muscular, falta de piezas dentales, prótesis mal adaptadas, un problema muy frecuente entre las personas mayores o quienes sufren enfermedades degenerativas (Sociedad Andaluza de nutrición clínica y dietética, 2010).

El cambio de texturas alimenticias permite que a partir de la masticación se desarrollen adecuadamente los diferentes movimientos de las articulaciones temporomandibulares como son: el de bisagra, el lateral, el antero-posterior y el vertical, involucrando la musculatura masticatoria tanto elevadores como depresores y la musculatura de la lengua, permitiendo el buen crecimiento de las estructuras orofaciales (Planas, 2008) y su adecuado funcionamiento, entre los que se encuentra principalmente la articulación de los fonemas de la cadena hablada.

La dieta de fácil masticación prolongada, en personas para quienes no está recomendada trae efectos adversos como:

- Selle labial incompetente, porque dentro del proceso de masticación se ven involucrados los músculos orbiculares de los labios que tienen como función el cierre anterior de la cavidad oral, al no haber masticación de alimentos duros la fuerza que deben usar estos músculos es menor y paulatinamente va disminuyendo, unido a la disminución del tono muscular.
- Inadecuada posición lingual en la producción de los diferentes fonemas, como consecuencia de la deficiencia de los movimientos linguales durante el momento de la masticación tales como: llevar el alimento de lado a lado, limpiar la cavidad oral, acomodar el bolo alimenticio y deprimirse en su centro para el mantenimiento del bolo alimenticio, cuando no se realizan estos movimientos como ocurre en la dieta blanda, no brindan la experiencia y práctica a la lengua para que se sitúe en diferentes puntos de la cavidad oral, ocasionando di-

ficultad para la elevación de ápex lingual. Además no hay experiencias sensoriales que permitan desarrollar el tacto recíproco en las estructuras de la cavidad oral, por tanto no hay conciencia de la propiocepción.

- Deglución atípica generada por el mal posicionamiento de la lengua en el momento de la deglución, debido a que la reducción de sus movimientos genera hipotonía lingual, produciendo interposición de esta, contracción de la borla de mentón, interposición del labio inferior, movimiento compensatorio de cabeza y ruidos durante el acto deglutorio, falta de adosamiento lingual contra el paladar (Herrera, Londoño y Olaya, 2003).
- Hipotonía en elevadores de la mandíbula y músculos buccinadores, porque al no haber experiencia sensorial con alimentos duros la musculatura no desarrolla la fuerza necesaria para que las zonas oclusales generen contacto en el momento de la trituración y debido a la disminución del movimiento en buccinadores no hay contracción y excitación muscular para que los alimentos no se queden en la cavidad bucal.
- Modo respiratorio oral o mixto con predominio oral, debido a que el selle labial es incompetente y los labios se encuentran con bajo tono y con disminución de la fuerza necesaria para mantener el selle labial en reposo, permitiendo el paso de la corriente de aire por cavidad bucal predominantemente

En el año 2010 se realizó un estudio en la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Santiago de Cali, donde se reportó que la prevalencia del hábito oral inadecuado del consumo de dieta blanda o de fácil masticación correspondía al 19.61% de la población infantil que asiste a esta institución (Cañón, Mendez y Torres, 2010).

Actualmente no se conocen las causas que hacen que los cuidadores y/o padres de familia persistan en brindar una dieta de fácil masticación, por lo

cual se encontró la necesidad de identificar las percepciones de los mismos basándose en el Modelo de Creencias en salud.

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) surgió en la década del cincuenta como marco teórico en psicología de la salud para explicar comportamientos de la salud y preventivos de la enfermedad. Es un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001; Glanz, Lewis y Rimer, 1997; Moreno y Gil, 2003; Torres, 2010).

Según los diferentes autores como Nutbeam y Harris (1998) y Tascón y Cabrera (2005), los constructos del Modelo de Creencias en Salud son:

Susceptibilidad percibida ante una determinada situación de salud o la valoración de cómo las personas varían en las creencias de su propia vulnerabilidad a enfermar (Cañón, Mendez y Torres, 2010). En esta investigación se indagó sobre el conocimiento, creencia y percepción que tienen los cuidadores acerca de la consistencia de los alimentos a ofrecerles a los niños.

La severidad percibida se refiere a las creencias que tiene cada sujeto sobre la gravedad de contraer una enfermedad o no intervenirla una vez contraída. En este estudio, se tuvo en cuenta la percepción sobre la gravedad de solo ofrecer dieta blanda o de fácil masticación a los niños y niñas.

El constructo de percepción de los beneficios es la creencia de la eficacia de la acción recomendada para reducir los riesgos o para disminuir la gravedad del impacto de la enfermedad. En la presente investigación se determinó la creencia que tienen los cuidadores sobre qué tan favorable resulta un tratamiento o qué tan eficaz es un tratamiento para prevenir o mejorar las consecuencias que genera una dieta de fácil masticación.

Percepción de las barreras, es un constructo que hace referencia a los aspectos potencialmente

negativos de un comportamiento que actúan como impedimentos para llevar a cabo dicha acción. Las variables que se tuvieron en cuenta para la investigación se refirieron a los obstáculos que percibe el cuidador para realizar una acción preventiva.

El constructo claves para la acción se refiere a las competencias internas o externas que activan la disposición de llevar a cabo el comportamiento; la intensidad necesaria de cada una de estas "claves para desencadenar la acción puede variar de persona a persona e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y el grado de severidad percibida. En esta investigación, este constructo tuvo en cuenta la información que ha recibido el cuidador y de dónde proviene esta, al igual que cómo ha modificado la misma conducta.

El propósito central de esta investigación estuvo encaminado a la identificación de las creencias individuales que tienen los cuidadores de los niños, que los lleva a persistir en el suministro de una dieta de fácil masticación.

## MÉTODO

Para la presente investigación se diseñó un estudio epidemiológico descriptivo transversal de dirección prospectiva para identificar los factores individuales que llevan a persistir a los cuidadores en el suministro de una dieta de fácil masticación a los niños que asisten a la clínica de odontopediatría de la Universidad Santiago de Cali por medio del MCS, durante el periodo Mayo-Septiembre de 2011.

La población estuvo conformada por todos los adultos padres de familia y/o cuidadores que asistieron a la Clínica de Odontopediatría de la USC. La muestra se seleccionó por conveniencia y estuvo conformada por 70 personas.

El instrumento de recolección de información incluyó preguntas asociadas a los factores sociodemográficos y a cada uno de los constructos del MCS.

La encuesta fue aplicada por tres (3) encuestadoras, estudiantes de último año de fonoaudiología, inicialmente aplicaron la encuesta a población similar en sus respectivos sitios de práctica, con el fin de identificar la claridad de las preguntas y el tiempo estimado en el diligenciamiento.

Los criterios de inclusión fueron: ser padre, madre o cuidador de los niños y niñas que asistían a la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Santiago de Cali, que fueran mayores de edad y que hubiesen firmado el consentimiento informado. Como criterio de exclusión se estableció que las personas informantes presentaran discapacidad física severa y discapacidad cognitiva.

La variable dependiente correspondió a las “consistencias que más se le dan al niño(a)” y dentro de las variables independientes se tuvieron en cuenta las características sociodemográficas de edad, sexo, raza, estado civil, afiliación al régimen de salud, régimen al que pertenece, nivel culminado de escolaridad, ocupación, número de hijos, número de personas con quien convive, con quién convive, parentesco con el niño(a), edad del niño(a), encargado de preparar los alimentos del niño(a), el niño(a) come solo y quién le da la comida; las otras variables se encuentran relacionadas con cada uno de los constructos del MCS.

Con la información obtenida se creó una base de datos, la cual fue registrada en el programa Excel versión 2007 para realizar el análisis univariado. Posteriormente la base de datos se exportó a un programa estadístico y se realizó análisis bivariado.

De acuerdo con las normas éticas vigentes en Colombia, el tipo de riesgo de la presente investigación fue “sin riesgo” (Ministerio de Salud de Colombia, 1993).

### RESULTADOS

#### *Análisis univariado:*

En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que la mediana de edad fue de

33, la media fue de 35, la edad mínima de los entrevistados correspondió a 20 años y la edad máxima a 58 años.

Los cuidadores manifestaron que sus niños son independientes en la actividad de la alimentación 98% (69/70), sin embargo el 24% (17/70) de los cuidadores se contradice al afirmar que da la comida a los niños expresando que de esa manera la actividad se hace más rápido.

En el constructo de susceptibilidad percibida se evidencia que más de la mitad de los cuidadores refieren que es malo o inadecuado dar solo alimentos de fácil masticación a sus niños (37/70), sin embargo, 57,14% (40/70) de los cuidadores dan alimentos blandos a los niños, 1,42% (1/70) dan consistencia líquida y solo 41,43% (29/70) dan alimentos de consistencias duras.

En lo referente al constructo de severidad percibida, 20% (14/70) refiere conocimientos sobre las consecuencias de dar sólo alimentos blandos a los niños, entre las que se encuentran, alteración del crecimiento de la cara, alteraciones de la cavidad oral, entre otras.

En cuanto al constructo de percepción de los beneficios de dar dieta dura a los niños, 84,29% (59/70) manifiestan que la dieta dura ayuda al desarrollo de los músculos de la cara, sin embargo 58,57% (41/70) manifiesta que es más fácil dar dieta blanda que dura.

Referente a la percepción de las barreras, los cuidadores refieren que no le dan dieta dura a los niños principalmente por miedo a que se ahoguen, con un 42,86% (30/70), y porque no se comen todo el alimento con un 40% (28/70).

#### *Análisis Bivariado*

De las 70 personas de la muestra, 41 persisten en brindar una dieta de fácil masticación alcanzando 59%. La edad de estos cuidadores se comprende entre los 20 y 29 años de edad correspondiente a 37% (26/41), 92% (38/41) son mujeres, 51%

(21/41) son personas de raza mestiza, 68% (28/41) conviven con un compañero en unión libre o casado, 68% (28/41) ha culminado la básica secundaria, 58% (24/41) tienen como ocupación ama de casa, y 27% (11/41) conviven con más de tres personas.

En el constructo de susceptibilidad percibida, de las personas entrevistadas que brindan dieta de fácil masticación 80,49% (33/41) manifestaron que prefieren que los niños(as) consuman alimentos blandos, siendo esta correlación significativa ( $\chi^2 = 41,08$  Pr = 0,000); 60,98% (25/41) considera bueno dar sólo alimentos blandos ( $\chi^2 = 7.59$  Pr = 0,006).

En la severidad percibida se identificó que 80% (33/41) de los padres y/o cuidadores que dan dieta de fácil masticación desconocen las consecuencias de dar sólo alimentos blandos al niño.

Sin embargo manifestaron que es grave que los niños tengan los dientes en posición inadecuada 83% (34/41), que los niños rechacen siempre alimentos duros 78% (32/41) y que no hablen bien después de los dos (2) años de edad 66% (27/41).

En percepción de los beneficios, 66% (27/41) consideró que dar alimentos duros al niño(a) es bueno, 58% (24/41) no identificó algún beneficio de dar alimentos duros al niño(a), 83% (34/41) consideró que los alimentos duros activan los músculos que participan en la masticación, 63% (26/41) reconoció que brindar alimentos duros favorecen la articulación de las palabras, 88% (36/41) consideró que brindar alimentos duros permite el buen desarrollo de la mandíbula y 73% (30/41) refirió que es más fácil para ellos brindar alimentos blandos ( $\chi^2 = 8.69$  Pr = 0.003).

En el constructo de percepción de las barreras 49% (20/41) refirió que evita o evitaría dar alimentos duros al niño por miedo al ahogo y 54% (22/41) manifestó que no brindan o brindarían alimentos duros al niño porque no se los come todos.

En cuanto al constructo de claves para la acción, 66% (27/41) no han recibido información acerca de la dieta que se le debe dar a un niño(a), 51% (21/41) de las personas que deciden mantener y brindar una dieta de fácil masticación correspondió a las madres, 63% (26/41) de las personas son influenciadas al momento de brindar determinados alimentos al niño por los programas de crecimiento y desarrollo, 93% (38/41) siguen recomendaciones de un profesional de salud en cuanto a la nutrición y 93% (38/41) no han recibido información acerca del tema.

## CONCLUSIONES

La conclusión principal de este trabajo de investigación indica que la causa por la cual se persiste en el suministro de esta dieta es el desconocimiento o la falta de información oportuna sobre el concepto y aplicación de la dieta dura, puesto que predominaron las contradicciones en las respuestas que dieron los cuidadores y cabe resaltar que muchos de ellos dicen que sí han recibido información referente a la nutrición pero nunca sobre las consistencias alimenticias que se deben brindar en las diferentes etapas del crecimiento; sin dejar de lado que los factores sociodemográficos anteriormente mencionados (sexo, edad, escolaridad, estado civil y ocupación) juegan un papel importante, ya que demostraron tener un alto porcentaje de incidencia.

Otras conclusiones que se obtuvieron a partir de los constructos consisten en que dentro de los aspectos sociodemográficos se encuentra que son las mujeres quienes deciden el tipo de dieta que debe llevar el niño(a), son también ellas quienes la suministran, no superan en su mayoría los 29 años de edad, solo han culminado la secundaria, son amas de casa y conviven con un compañero.

En lo referente al constructo de susceptibilidad percibida, se puede concluir que existe una concepción errónea o desconocimiento acerca del concepto de dieta de fácil masticación, por lo cual los cuidadores prefieren brindar alimentos blandos y no duros.

Respecto al constructo de severidad percibida, se concluye que la mayoría de los cuidadores prefieren brindar alimentos de consistencia blanda, sin embargo consideran malo que los niños(as) rechacen los alimentos de consistencia dura, evidenciándose una contradicción.

En cuanto al constructo de la percepción de los beneficios a pesar de que la población persiste en brindar una dieta de fácil masticación, reconoce que dar alimentos duros es bueno, desconociendo los beneficios de brindarlos, evidenciándose falta de información.

En el constructo percepción de las barreras, se logra identificar que las principales razones por las cuales los cuidadores persisten en brindar una dieta de fácil masticación, son en primera lugar porque el niño(a) no se come todos los alimentos y en segundo lugar por miedo de los padres ante el ahogo.

En el constructo claves para la acción, se determina que la mayoría de los cuidadores no han recibido información sobre la consistencia de los alimentos se le debe dar al niño(a), lo que influye en la decisión de brindar determinados alimentos. El programa de crecimiento y desarrollo es el medio al cual solicitan más información relacionada con la alimentación por lo cual se pueden encaminar estrategias preventivas inmersas en este programa.

### **DISCUSIÓN**

Las creencias individuales que tienen los cuidadores de los niños, que los lleva a persistir en el suministro de una dieta de fácil masticación es principalmente la falta de información apropiada acerca del concepto y aplicación de la dieta dura. El 57,14% de los adultos dan dieta blanda, sólo el 20% saben sobre las consecuencias negativas de brindar solo dieta blanda a los niños y el 58,57% de los adultos manifiestan que es más fácil, cómodo y rápido dar alimentos blandos a los niños.

Las fortalezas de este estudio radican en que permitió reconocer los factores que inciden en

que los cuidadores persistan en dar solamente dieta blanda o de fácil masticación a los niños.

Este estudio sirve como apoyo para futuras investigaciones en la promoción de los hábitos orales saludables y prevención de los hábitos orales inadecuados específicamente la persistencia de dieta de fácil masticación.

También permitió mostrar datos relevantes y contundentes para la acción frente a la problemática de la persistencia de la dieta de fácil masticación y sus múltiples consecuencias, que permita la disminución en la prevalencia de la misma.

Otra fortaleza de este estudio fue que las encuestadoras hicieron revisión de la terminología y explicaron a los participantes en términos coloquiales para facilitar la comprensión de las preguntas realizadas en la encuesta.

Además se tuvo como fortaleza la disposición de los participantes para llevar a cabo este estudio.

En cuanto a las debilidades del estudio se encontró que la muestra fue poca para lo que se esperaba, y esto radica en que hay adultos que son cuidadores de varios niños.

Por otro lado, este fue un diseño epidemiológico descriptivo de corte transversal y se mide la población en un solo momento; esto no permite determinar relaciones de causa-efecto. Un estudio longitudinal hubiese podido determinar dicha relación.

Finalmente, la autora recomienda que se realice un estudio comparativo de intervención con la población con el fin de continuar con esta temática de investigación.

### **Agradecimientos**

A las estudiantes de Fonoaudiología de la Universidad Santiago de Cali, Luisa María Córdoba, Mayra Alejandra Santander y Norma Molina.

Al Dr. Carlos Arturo Henao, odontopediatra.

A la Clínica de Odontología de la Universidad Santiago de Cali.

Al Programa de Fonoaudiología de la Universidad Santiago de Cali.

## REFERENCIAS

- Cabrera, G., Tascón, G. y Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad nacional de salud pública*, 19, 91-101.
- Cañón, L., Méndez, Y. y Torres, M. (2010). Caracterización de las fases preparatoria y oral de los niños que asisten a la clínica de odontopediatría de la Universidad Santiago de Cali. *Revista Colombiana De Rehabilitación*, 9, 92-97.
- Glanz, k., Lewis, F. y Rimer, B. (1997). *Linking theory, research and practice*. San Francisco: Glanz K, Lewis F, Rimer B, editors.
- Herrera, M., Londoño, N. y Olaya, M. (2003). Influencia de la deglución atípica y las alteraciones en la masticación en niños entre 4-6 años con dislalias funcionales en la ciudad de Palmira. Universidad Santiago de Cali. Cali: Universidad Santiago de Cali.
- Manns, A. (2011). *Sistema estomatognático: fisiología y sus correlaciones clínicas-biológicas*. Chile: Ripano.
- Ministerio de Salud de Colombia (1993). Resolución 8430 del 4 de Octubre, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud de 1993. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia: Ministerio de Salud de Colombia.
- Miralles, R. y Miralles, I. (2005). *Iomecánica clínica de los tejidos y las articulaciones del aparato locomotor*. España: MASSON S.A.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International journal of psychology and psychological therapy*, 3 (1), 91-109.
- Nutbeam, D. y Harris, E. (1998). *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion*. Sydney: National Centre for Health Promotion.
- Okeson, J. (1995). *Oclusión y afecciones temporomandibulares*. España: Mosby / Doyma libros.
- Planas, P. (2008). *Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO) (Vol. 2)*. Barcelona, España: AMOLCA.
- Proffit, W., Fields, H., & Sarver, D. (2008). *Ortodoncia contemporánea*. España: Elsevier Mosby.
- Queiroz, I. (2007). *Fundamentos de fonoaudiología*. Buenos Aires: Panamericana.
- Sociedad Andaluza de nutrición clínica y dietética. (2010). *Sociedad andaluza de nutrición clínica y dietética*. Recuperado el 30 de Enero de 2011, de Sociedad andaluza de nutrición clínica y dietética: <http://sancyd.es/comedores/discapacitados/menu.Dieta.masticacion.php>.
- Tascón, J. y Cabrera, G. (2005). Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. *Colombia Médica*, 36 (2), 73-78.
- Torres, M. (2010). Factores individuales asociados al uso de cirugía de catarata en Buenaventura-Colombia. Cali: Universidad del Valle.