

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Odontología

Tesis

**Relación entre maloclusión y recesión gingival en
adultos de Chacarilla del distrito de Yauli,
Huancavelica, 2023**

Trayci Rubi Guillen Escobar

Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Huancayo, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Mg. C. D. Edna Mercedes Yangali Gamarra
Asesora de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 22 de Abril de 2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesora del trabajo de investigación:

Título:

RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y RECESIÓN GINGIVAL EN ADULTOS DE CHACARILLA DEL DISTRITO DE YAULI, HUANCAVELICA, 2023

Autora:

1. Trayci Rubi Guillen Escobar – EAP. Odontología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 19 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
Nº de palabras excluidas (en caso de elegir "SI"): 15 SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos Conducentes a Grados y Títulos - RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

ASESORA

MG. C. D. EDNA MERCEDES YANGALI GAMARRA

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, y a todas las personas involucradas en mi tesis que me apoyaron incondicionalmente.

A la Universidad, por educarme.

A mi asesora, quien estuvo de la mano conmigo, brindándome sabiduría para poder ser mejor cada día como profesional.

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres, quienes me ayudaron en la trayectoria de la titulación, en concreto, a mi padre, quien nunca dudó de mis habilidades y responsabilidad frente a todas las circunstancias en lo extenso de este camino. A mi familia, quien confía en mi completamente.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos	iv
Dedicatoria	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
Capítulo I	14
Planteamiento del estudio	14
1.1. Delimitación de la investigación.....	14
1.1.1. Delimitación territorial	14
1.1.2. Delimitación temporal	14
1.1.3. Delimitación conceptual.....	14
1.2. Planteamiento del problema	14
1.3. Formulación del problema.....	17
1.3.1. Problema general.....	17
1.3.2. Problemas específicos	17
1.4. Objetivos de la investigación.....	17
1.4.1. Objetivo general	17
1.4.2. Objetivos específicos.....	17
1.5. Justificación.....	18
1.5.1. Justificación teórica.....	18
Capítulo II	19
Marco teórico	19
2.1. Antecedentes del problema.....	19
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	19
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	21
2.2. Bases teóricas	23
2.2.1. Maloclusión.....	23
2.2.2. Etiología de las maloclusiones.....	24
2.2.3. Clases de maloclusiones molares.....	24
2.2.4. Maloclusión clase II	24
2.2.5. Maloclusión clase III	25

2.2.5.1. Maloclusión canina.....	25
2.2.5.2. Recesión gingival	25
2.2.6. Prevalencia	25
2.2.7. Causas principales	25
2.2.8. Constituyentes predisponentes de la recesión gingival	26
2.2.9. Aspectos clínicos de la recesión gingival	26
2.2.10. Retracción gingival local	26
2.2.10.1. Retracción generalizada u horizontal.....	27
2.2.11. Clasificación de Miller.....	27
2.2.12. Tratamiento.....	27
2.2.13. Técnicas quirúrgicas de cobertura radicular	27
2.2.14. Procedimientos de colgajo coronalmente avanzado (CAF).....	28
Capítulo III.....	30
Hipótesis y variables	30
3.1. Hipótesis.....	30
3.3.1. Hipótesis general	30
3.3.2. Hipótesis específicas	30
3.2. Identificación de variables	30
3.2.1. Definición conceptual de la primera variable	30
3.2.2. Definición conceptual de la segunda variable.....	31
3.3. Matriz de operacionalización de variables.....	32
Capítulo IV.....	33
Metodología.....	33
4.1. Métodos, tipo y nivel de investigación	33
4.1.1. Método de la investigación.....	33
4.1.2. Tipo de investigación	33
4.1.3. Alcance de la investigación	33
4.2. Diseño de la investigación.....	33
4.3. Población y muestra	33
4.3.1. Población.....	33
4.3.1.1. Técnica de muestreo	34
4.3.2. Muestra.....	34
4.3.2.1. Criterios de inclusión.....	34
4.3.2.2. Criterios de exclusión	34
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos	34
4.4.1. Técnica.....	34
4.4.2. Instrumento de recolección de datos.....	34

4.4.3. Procedimiento de la investigación	35
4.5. Consideraciones éticas.....	36
Capítulo V	37
Resultados y discusión	37
5.1. Presentación de resultados.....	37
5.2. Discusión de resultados	40
Conclusiones.....	42
Recomendaciones.....	43
Referencias	44
Anexos.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables	32
Tabla 2. Adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, según sexo.....	37
Tabla 3. Adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, según edad.....	37
Tabla 4. Maloclusión en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023	37
Tabla 5. Recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023	38
Tabla 6. Relación entre maloclusión y ausencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.....	38
Tabla 7. Relación entre maloclusión y presencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.....	38
Tabla 8. Relación entre maloclusión y recesión gingival según sexo en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.....	39
Tabla 9. Relación entre maloclusión y recesión gingival según edad en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.....	39
Tabla 10. Comprobación de relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.....	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Explicación del estudio a los pobladores.....	56
Figura 2. Evaluación de maloclusión	57
Figura 3. Evaluación de piezas dentarias superiores.....	58
Figura 4. Evaluación de recesión gingival posterior.....	59
Figura 5. Evaluación de recesión gingival lado derecho.....	60
Figura 6. Evaluación de maloclusión clase I	61
Figura 7. Evaluación de recesión gingival inferior	62
Figura 8. Evaluación de relación molar.....	63
Figura 9. Evaluación de recesión gingival en molares.....	64

RESUMEN

La investigación tiene por propósito «establecer la relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023». Metodológicamente, se ejecutó el método científico, siendo de tipo básico, con alcance correlacional, diseño no experimental, prospectivo y transversal. La muestra fue de 80 adultos y se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. En la instrumentalización se formuló dos herramientas para recoger datos, siendo la clasificación de Miller que establece cuatro clases para la recesión gingival y la clasificación de Angle que establecen tres clases para la maloclusión. Los resultados expusieron que no hay vinculación estadísticamente significativa entre maloclusión y ausencia de recesión gingival ($p = 0,055$). No obstante, también se evidenció que existe vinculación significativa entre maloclusión y presencia de recesión gingival ($p = 0,000$). Según el sexo, se evidenció relación estadísticamente significativa con maloclusión clase I con el sexo femenino ($p = 0,015$). A su vez, presentó relación con la recesión gingival clase I en el sexo femenino ($p=0,000$). Según la edad presentó relación estadísticamente significativa con maloclusión clase I entre las edades de 45 – 53 años ($p = 0,000$). También, se presentó relación con la recesión gingival clase I entre las edades de 45 – 53 años ($p = 0,021$). Al efectuar el chi cuadrado se demostró que hay vinculación entre maloclusión y recesión gingival donde ($p < 0,05$). Concluyéndose que hay vinculación estadísticamente significativa entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

Palabras claves: adultos, maloclusión, recesión gingival

ABSTRACT

The purpose of the investigation is «establish the relationship between malocclusion and gingival recession in adults from Chacarilla in the Yauli district, Huancavelica, 2023» Methodologically, the scientific method was executed, being of a basic type, correlational scope, non-experimental, prospective, and transversal design. The sample was 80 adults and was conducted using non-probabilistic convenience sampling. In the instrumentation, two tools were formulated to collect data, being the Miller classification that establishes four classes for gingival recession and the Angle classification that establishes three classes for malocclusion. The results showed that there is no statistically significant link between malocclusion and absence of gingival recession, ($p = 0.055$). However, it was also evident that there is a significant link between malocclusion and the presence of gingival recession ($p = 0.000$). According to sex, there was a statistically significant relationship between class I malocclusion and female sex, ($p = 0.015$). In turn, it was related to class I gingival recession in females ($p = 0.000$). According to age, there was a statistically significant relationship with class I malocclusion between the ages of 45 - 53 years ($p = 0.000$). In turn, it was related to class I gingival recession between the ages of 45 - 53 years ($p = 0.021$). Performing the chi square showed that there is a link between malocclusion and gingival recession where ($p < 0.05$). Concluding that there is a statistically significant link between malocclusion and gingival recession in adults from Chacarilla in the Yauli district, Huancavelica, 2023.

Keywords: adults, malocclusion, gingival recession

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la recesión gingival puede ser peligrosa para las piezas dentales. Cuando la encía se aleja de su nivel natural, se mueve hacia abajo y comienza a exponer la porción de las raíces de los dientes. La porción de la raíz de los dientes está formada por cemento y este cemento es blando y susceptible de desgastarse. Este cemento no se repone por sí solo. El problema de que el cemento quede expuesto es el mayor riesgo de desarrollar caries y sensibilidad en los dientes. Las piezas anteriores mandibulares es el área comúnmente afectada. Esto provoca una mayor incidencia de caries radiculares e hipersensibilidad dentinaria. Hay varios constituyentes que interfieren en la recesión gingival.

Es por ello, que un probable factor que incrementa la recesión gingival es la maloclusión dental y la disposición anormal de las piezas que contribuyen vitalmente a la creación de las dolencias cuando provocando un trauma oclusal. Una tensión funcional descomunal ostenta generar variantes inflamatorias en el periodonto y, potencian los procesos bacterianos destructivos. Por lo cual es importante investigar a la población sobre este suceso.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Delimitación de la investigación

1.1.1. Delimitación territorial

La tesis presentó un predominio territorial en Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica.

1.1.2. Delimitación temporal

La tesis estuvo desarrollada desde junio a setiembre del 2023.

1.1.3. Delimitación conceptual

La tesis evidenció un predominio y contexto práctico en el territorio preventivo y promoción de salud, respectivamente.

1.2. Planteamiento del problema

El término maloclusión alude a la relación específica de los dientes entre sí (1).

La maloclusión se delimita a medida que los dientes están desalineados con respecto a la boca, estando cerrada o hay una desalineación entre los dientes inferiores y superiores debido a un crecimiento inadecuado de la mandíbula (2).

Asimismo, la maloclusión es una variante categorizada en el progreso craneofacial durante el desarrollo temprano. En ciertos casos puede haber algún tipo de molestia o una limitada masticación (1).

Las recesiones gingivales son las exposiciones del área radicular de un diente debido a una posición anormal y desviada apicalmente de la encía (2).

Asimismo, las recesiones gingivales son unas condiciones clínicas comunes en la que el área de la raíz queda exteriorizada local o globalmente a medida que la superficie gingival de la encía se mueve hacia la raíz desde la unión periapical (3).

De esta manera, la recesión gingival tiene la facultad de ocurrir a nivel local o generalizado del tejido bucal gingival, causando daño a una o más áreas, exponiendo las raíces de los dientes y alterando la estética de la persona. Esta patología, además, provoca problemas de caries y sensibilidad (4).

La oclusión dental y recesiones gingivales se han estudiado en los últimos años, particularmente, con una incidencia progresiva de interferencias oclusales en examinados jóvenes. Además, las expectativas de los pacientes con respecto a la estética han aumentado. Las fuerzas oclusales anormales pueden determinar un impacto importante sobre el diente y el periodonto en diversos grados o no afectan en absoluto a estas estructuras debido a la capacidad adaptativa del sistema estomatognático. El grosor gingival dispone un rol preponderante en la capacidad de adaptación. Un fenotipo gingival grueso puede posponer o retrasar los procesos, mientras que un fenotipo delgado asociado a la ausencia de encía adherida se aprecia como constituyente de peligro para crear recesiones gingivales (5).

Es por lo que las relaciones oclusales de los arcos maxilar y mandibular son de suma transcendencia en odontología. Ya sea un examinado enteramente dentado o una circunstancia complicada para rehabilitar bucalmente de modo completo, la examinación clínica de la oclusión dental admite tiempo y exactitud, tanto para la oclusión estática como para la dinámica. Una maloclusión puede ocasionar lesiones que determinan los cambios tisulares dentro del aparato de inserción, abarca ligamento periodontal, hueso alveolar de soporte y cemento, como resultante de las potencias oclusales. El trauma oclusal puede englobar dientes con periodonto normal o con soporte periodontal reducido (6).

No obstante, el trauma y fuerzas oclusales excesivas sobre el periodonto siguen siendo un tema controvertido en periodoncia. Cabe puntualizar que, según diversos estudios, el traumatismo por oclusión se conceptualiza y diagnostica en función de las variantes histológicas en el periodonto. De esta forma, se afirma claramente que, mientras el periodonto se adapte a las relaciones o vínculos oclusales (incluso a la maloclusión) sin degradación de tejidos de soporte del diente, no se puede confirmar o verificar un diagnóstico de trauma

oclusal. Sin embargo, la estimulación insuficiente del periodonto también podría perjudicar los tejidos periodontales de soporte, al adelgazar los ligamentos periodontales, causando la disminución de las fibras asociada con la osteoporosis del hueso alveolar y minimización de lo alto del hueso (7).

La estética simboliza un segmento innato de la terapéutica oral actual, por ello, la recesión gingival, observada en sujetos adultos, es transcendental determinar el manejo de la recesión gingival para analizar la extensión y la problemática relevante referente a su gravedad que aparece como una respuesta a factores irritantes locales (como biopelículas, cálculos, perforaciones orales, etc.) o como una incapacidad de la mucosa gingival para adaptarse a fuerzas oclusales excesivas (8). La recesión gingival también es un resultante cotidiano de las terapéuticas suministradas para abordar los hallazgos periodontales. Aunque la recesión gingival evidencia existir sin ningún hallazgo, ostentando dar lugar a dolor por dentina expuesta, preocupación del paciente por la pérdida del diente, mala estética o caries radicular, generando una problemática relevante. A menudo, las recesiones gingivales no pueden asociarse con un único factor etiológico, lo que dificulta aún más el diagnóstico clínico y el tratamiento, generando una problemática (9).

Cabe resaltar que, varios factores, como la edad, la higiene bucal o el fenotipo gingival, pueden influir en la incidencia y aumento de las recesiones gingivales. En este sentido, si bien un fenotipo gingival delgado o una altura insuficiente de la encía adherida pueden hacer que el periodonto sea vulnerable a diversas lesiones mecánicas locales, la evidencia sugiere que la maloclusión puede actuar como un factor desencadenante en casos con antecedentes anatómicos deficientes y defectuosos (es decir, hueso bucal delgado, disminución del vestibular) profundidad, frenillo y posición muscular aberrantes, margen gingival inconsistente y dimensión del diente) (10).

Por lo tanto, un diagnóstico adecuado de la recesión gingival debe incluir las causas primarias y secundarias, ya que el tratamiento debe enfocarse en todos los factores que contribuyeron al desencadenamiento y progresión de dicha patología incluyendo las maloclusiones, por lo cual, los profesionales en odontología deben tener los conocimientos suficientes y a su vez actitudes resaltantes para atender (11). Entonces, la tesis determinó la relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Sotopampa del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023?

1.3.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre maloclusión y ausencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023?

¿Cuál es la relación entre maloclusión y presencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023?

¿Cuál es la relación entre maloclusión y recesión gingival según sexo en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023?

¿Cuál es la relación entre maloclusión y recesión gingival según edad en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Establecer la relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

Determinar la relación entre maloclusión y ausencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

Determinar la relación entre maloclusión y presencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

Determinar la relación entre maloclusión y recesión gingival según sexo en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

Determinar la relación entre maloclusión y recesión gingival según edad en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

1.5. Justificación

1.5.1. Justificación teórica

La tesis presenta justificación teórica, porque generó conocimiento relevante del tema y nuevos enfoques sobre los examinados que exhibieron recesión gingival y maloclusión, orientando a estudios próximos donde identificarán la recurrencia de recesión gingival en examinados con maloclusión clases I, II y III.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes internacionales

Navarrete (12), aplicó una indagación cuya intención fue verificar los constituyentes de peligro de retracción gingival en adultos y el abordaje. La metodología fue observacional y correlacional, con 61 examinados. Resultados: se evaluaron 61 pacientes, siendo 49,2 % varones y 50,8 % damas. El constituyente de peligro fue padecimientos periodontales con 29,5 % oclusiones traumáticas (24,6 %), cepillarse traumáticamente (19,7 %) y biotipos delgados (18 %). Concluyendo que la razón de las retracciones gingivales es multicausal y lasubsistencia es por el constituyente que actúa independientemente o en grupo.

Tomina (13), efectuó un estudio cuyo propósito fue averiguar cualquier asociación entre las disfunciones oclusales y las recesiones gingivales. La metodología fue transversal con cuarenta personas saludables, sin hallazgos de periodontitis y con recesiones gingivales. Resultados: los premolares fueron mayormente perjudicados en los reportes de interrupciones del lado de trabajo, transcurrida la guía lateral (71,19 % de piezas perjudicadas transcurridas en los desplazamientos mandibulares izquierdos y 75 % transcurrido los desplazamientos mandibulares derechos). El chi cuadrado reveló correlaciones representativas entre la interferencia excursiva transcurrida la guía lateral y la guía anterior y subsistencia de retracciones gingivales en la agrupación de piezas involucradas. Concluyendo que la totalidad de las retracciones gingivales ostentan estar adheridas con interrupciones del sector de trabajo, siendo la cifra superior de retracciones gingivales adheridas con interrupciones activas transcurrida la guía lateral.

Ardani et al. (14), ejecutaron un artículo cuyo fin fue examinar la recurrencia de las recesiones gingivales entre las clases de maloclusiones. Utilizaron a 53 pacientes. En los resultados 67,9 % de los hombres y 32,1 % de las féminas con recesión evidencian maloclusión. La agrupación etaria mayormente cotidiana que se vio perjudicada fue 31 a 35 años. El tipo de maloclusión más común presente en pacientes con recesión fue clase II div. 1. En el análisis de significancia estadística entre el sitio de la recesión y el tipo de maloclusión se encontró que existe una correlación negativa. El valor p fue .444 ($p > 0.05$). El chi cuadrado realizado para definir la correlación entre el sitio de recesión y el sexo encontró que la recesión máxima se evidenció en las piezas delanteras de los examinados varones. El valor p fue 0,051 ($p < 0,05$), estadísticamente significativo. Concluyendo que el conjunto etario más comúnmente perjudicado fue de 31 a 35 años. Además se evidenció que los varones fueron mayormente perjudicados. La clase mayormente cotidiana de maloclusión con recesión fue la clase II div. 1.

Ajami (15), efectuó un estudio para determinar el fenotipo gingival y la periodicidad de las recesiones en el paciente con distintos tipos de maloclusión. La metodología fue la observación. Con muestra de 174 pacientes de 20 a 46 años. En los resultados, el fenotipo gingival en pacientes con maloclusión presentó una elevada recurrencia en el biotipo festoneado delgado con 70 %. Un 43,09 % de ellos tenía diferentes tipos de recesión. Concluyendo que los pacientes con maloclusión presentaron recesión significativa.

Subramanian et al. (16), ejecutaron un análisis para evaluar la aparición de las recesiones gingivales entre pacientes con maloclusión clase II división 2. La metodología fue retrospectiva. Con 101 registros. En los resultados evidenciaron que un 18,8 % de la población de estudio presentó recesión gingival. Las recesiones gingivales se observaron con mayor periodicidad en hombres que en mujeres con maloclusión clase II división 2. Concluyendo que existe prevalencia de la recesión gingival causada por maloclusión.

Manohar et al. (17), tuvo como fin evaluar la incidencia de recesión gingival en examinados sujetos a intervenciones ortodónticas entre 18 y 25 años. Se efectuó un estudio retrospectivo con muestra de 347 pacientes. En los resultados se observó que el 50,3 % tenía recesión gingival ($p > 0,05$), en donde la mayoría eran pacientes masculinos y la recesión gingival observada no tenía correlación o fue independiente de la acumulación de placa que se infirió al evaluar sus puntuaciones de índice de placa. En el 40,06 % de la muestra se observó recesión gingival con categorización I de Miller, 0,6 % reportó recesión gingival con categorización II de Miller. Concluyendo que subsiste una incidencia de recesión clase I en pacientes con maloclusiones.

Saab et al. (18) tuvo como objeto de investigación comparar la recesión gingival en piezas delanteras mandibulares en examinados con maloclusión clase III. La metodología fue transversal, comparativa con 40 pacientes con maloclusión clase III, divididos en dos grupos. Los resultados exhibieron que no hubo diferencia estadísticamente representativa en la recesión gingival en los pacientes de clase III. Concluyendo que los pacientes con maloclusión clase III mostraron resultados similares en todos los grupos evaluados en cuanto a la recesión gingival de los incisivos inferiores.

Fragkioudakis et al. (19) tuvo como fin investigar la recurrencia de recesión gingival en una muestra de individuos jóvenes. Además, se examinó la asociación con varios factores de riesgo. La metodología fue transversal con una muestra de 104 sujetos entre 18 y 30 años. En los resultados, la prevalencia media superó el 50 % con una distribución igual entre mujeres y hombres. Los dientes más comunes asociados con recesión gingival fueron el canino inferior izquierdo y el primer premolar izquierdo. Se concluye que la recesión gingival fue una condición prevalente entre los individuos jóvenes.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Echandia (20), ejecutó una investigación para ratificar las correlaciones entre las disposiciones oclusales y retracciones gingivales en piezas posteriores. La metodología fue transversal con 116 alumnos. Resultados: la recurrencia fue 80.17 % de recesión gingival, donde las damas tuvieron predominio, hallándose una estrecha adherencia entre asociativas interoclusales posteriores y retracciones gingivales $p < 0.05$, la relación entre desplazamientos dentales y recesiones gingivales $p = 0.0001$. Las pautas al desocluir en derecha y recesiones gingivales con un 89.6 % exhibió funcionalidad de grupo que también ostentaban recesiones gingivales. No obstante, para las pautas de desoclusión izquierda y asociación con retracciones gingivales hallaron que no exhibía significativamente con $p > 0.05$. Concluyendo un hallazgo relacionable positivamente entre constituyentes oclusales y retracciones gingivales en piezas posteriores, con apreciación asociativa de dependencia.

Guerrero (21), efectuó una tesis para examinar las referencias clínicas para la subsistencia de trauma oclusal; tales como planos desgastados, dolencia a la percusión, movilidades dentales, contactos prematuros e interferencia oclusal. La metodología fue transversal con 108 examinados. Resultados: se exhibió subsistencia de trauma oclusal con 51,9 % de examinados adheridos a subsistencias de planos de desgaste, desplazamiento dentario y proximidad prematura, en referencia a la recurrencia de retracción gingival y sus clases con una totalidad de 75,0 %, siendo mayormente recurrente la clase I con 39,8 %; en los resultantes la correlación entre los traumas oclusales y las retracciones gingivales con

51.90 % de examinados que exhibieron traumas oclusales ostentaron retracción gingival; en adherencia entre traumas oclusales y clases de retracción gingival fueron 33,30 % y 23,50 % de examinados que exhibieron traumas oclusales que ostentaron una recesión Miller II y Miller I. Concluyendo que se halló correlación entre los traumas oclusales y clase de recesiones gingivales.

Cruz (22), efectuó una investigación que tuvo como propósito examinar la incidencia del bruxismo e interferencia oclusal en clase de lesiones furcales, en las profundidades del sondaje, niveles de inserción y recesiones gingivales en el paciente adulto de la prestación particular. La metodología fue observacional, prospectiva, transversal, comparativa y relacional con una muestra de 35 unidades. El resultado puntualiza que existen diferencias estadísticamente significativas en los efectos del bruxismo y la intervención oclusal en pacientes de edad avanzada según el tipo de lesión de bruxismo, profundidad del examen, niveles de afectación y recesiones gingivales. Esto se debe a que el bruxismo provocó más cambios en las variables de la investigación. Concluyendo que las interferencias oclusales presentaron relación con la recesión gingival.

Condori (23), este análisis tiene como fin analizar las incidencias de las recesiones gingivales con las malposiciones dentarias individuales en los contornos gingivales. La metodología fue designada como observacional, prospectiva, transversal, comparativa y de campo. El resultado puntualizó que las recesiones gingivales contribuyeron principalmente al desarrollo de arcos marginales estrechos (69,70 %), en tanto, las malposiciones dentarias individuales influyeron en un 51,52 %. Concluyendo que no hay diferencia estadística en la incidencia de ambos criterios en los contornos gingivales.

Corzo et al. (24), tuvo como propósito establecer la periodicidad de las maloclusiones dentales en el paciente adulto atendido en un establecimiento dental universitario de Piura entre 2017 y 2020. La metodología fue básica, no experimental, descriptiva y retrospectiva, con muestra de 125 historias clínicas. Como resultado, la maloclusión clase I fue la más común en pacientes mayores con un 77,60 %. Por grupos de edad, el grado I fue más habitual entre los de 18 a 29, 30 a 59 y 60 y más con un 78,1 %, 74,6 % y 100 % correspondientemente. Según sexo, las maloclusiones más frecuentes fue la clase I en hombres y mujeres, con un 76,9 % y un 77,9 %, correspondientemente. Se concluye que las mayores frecuencias de las maloclusiones en el paciente adultos fue la clase I.

Osores (25), tuvo como finalidad corroborar los elementos de peligro adheridos a las recesiones gingivales en examinados de 30 – 60 años concurridos en una universidad privada.

Con metodología descriptiva, transversal, prospectiva y observacional con muestra de 46 colaboradores. En los resultados se visualizó que la totalidad exhibió fenotipo periodontal tipo I y recesión gingival tipo II que exhibió 23.9 %; índice de placa bacteriana regular y recesión gingival tipo II exhibió 23.9 %; no exhibieron frenillo aberrante y recesión gingival tipo III y exhibió 39.1 %. Concluyéndose que los elementos de peligro adheridos a la recesión gingival mayormente recurrentes son fenotipo periodontal ($p = 0.000$), índice de placa bacteriana ($p = 0.001$). En el elemento frenillo aberrante ($p = 0.168$) no subsiste diferencia representativa ($p > 0.05$).

Hanco (26), ejecutó una investigación cuyo objetivo fue establecer cómo se apiñan los dientes con la presencia de recesión gingival en una universidad privada del Cusco. La metodología fue descriptiva correlacional, transversal, prospectiva y cuantitativa. Con una muestra de 200 participantes. En los resultados se encontró la recurrencia de apiñamiento dentario leve 59 % superior, 63 % inferior. Y recesión gingival en superior RT1 79 %, inferior RT1 59 %. La recurrencia de apiñamiento dentario y recesión gingival se visualizó en ambos sexos. Concluyendo que no subsiste asociación entre apiñamiento dentario y recesión gingival en los participantes investigados.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Maloclusión

Oclusión anómala en la que las piezas no se hallan en un ordenamiento cotidiano asociado con las piezas adyacentes del mismo maxilar cuando los maxilares están cerrados (27).

La maloclusión se refiere a cualquier irregularidad en la alineación de las piezas o la relación entre piezas inferiores y superiores. Puede manifestarse en diversas formas, como dientes apiñados, separados, torcidos o mal alineados. La maloclusión puede ser hereditaria o adquirida debido a elementos como la pérdida prematura de dientes, malos hábitos orales o lesiones faciales.

Otros autores como Ackerman y Proffit, evalúan las maloclusiones por las relaciones molares y su sistema de categorización se adapta sencillamente al estudio con computadora y solo exige una escala numérica para programarlos (27).

2.2.2. Etiología de las maloclusiones

Graber, en 1966 subdividió a los constituyentes etiológicos en dos agrupaciones: intrínsecos o locales y extrínsecos o generales. Los mismos que abarcan la totalidad de los constituyentes definitivos en esta patología (28).

2.2.3. Clases de maloclusiones molares

Dentro de las categorizaciones de las maloclusiones encontramos la maloclusión clase I que es peculiar por las relaciones mesiodistales habituales de los maxilares y arcos dentales, referenciando oclusión normal de los primeros molares (29).

Las maloclusiones de clase I pueden presentarse con apiñamiento, rotaciones, espaciamiento, dientes protrusivos o ensanchados, o dientes retrusivos o verticales (30) (31).

2.2.4. Maloclusión clase II

Es cuando, por cualquier razón, los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación cotidiana con los primeros molares superiores en ampliación de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado (32) (33).

También está la maloclusión clase II que es una relación que no es habitual, que se produce cuando las piezas delanteras y la mandíbula se dirige más hacia adelante que las piezas inferiores. Exhibe un aspecto convexo de perfil con el mentón y labio inferior hundidos. Las problemáticas de clase II evidencian una evolución inapropiada del maxilar inferior, un incremento descomunal del maxilar superior o combinaciones de ambos (34) (35).

En diversas circunstancias, las problemáticas de clase II es que la heredan genéticamente y exhiben agravarse por constituyentes ambientales como chuparse el dedo. Los problemas de clase II se tratan mediante la modificación del crecimiento para armonizar las piezas delanteras, los dientes inferiores y los huesos de la mandíbula. Para corregir las maloclusiones clase II se utilizan aparatos funcionales, extracciones y cirugía de maxilar inferior (36) (37).

En una oclusión de clase II división 1, la maloclusión engloba inclinaciones del incisivo superior dirigido a vestibular, un incremento de la sobremordida horizontal con o sin arcadas superiores levemente escasas. De esta manera, en una oclusión de clase II de Angle, división 1, el resalte suele agrandarse, y si el resalte supera los 6 mm, se cuenta como grande y todo lo que supere los 9 mm se considera extremo.

Clase II división 2: esta maloclusión es peculiar por ostentar mayores inclinaciones linguales del incisivo central delantero y lateral a vestibular (38).

2.2.5. Maloclusión clase III

Es peculiar por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas inferiores hasta ampliarse tenuemente más de una mitad del ancho de la cúspide de cada sector (39).

Finalmente, está la maloclusión clase III donde se observa una asociación que no es habitual, que se produce cuando las piezas inferiores y mandíbula se dirigen más hacia adelante que las piezas superiores y mandibulares. Subsiste un contexto cóncavo de perfil con una cara media deficiente o mentón sobresaliente. Los problemas de clase III ostentan un crecimiento descomunal del maxilar inferior, con una evolución insuficiente mandibular. Al igual que los problemas de clase II, se pueden heredar genéticamente (40).

2.2.5.1. Maloclusión canina

Esta relación está clasificada de la siguiente manera:

Clase 1: cuando la vertiente mesial del superior ocluye en la vertiente distal del inferior (40).

Clase 2: cuando el canino superior sobrepasa al inferior (40).

Clase 3: cuando el canino inferior sobrepasa al superior (40).

2.2.5.2. Recesión gingival

Traslado apical de los contornos gingivales a la adherencia amelocementaria (UCE). La recesión gingival está simbolizada por variantes periodontales atróficas (41).

2.2.6. Prevalencia

La recesión gingival se adhiere con la subsistencia de cálculos supragingivales y subgingivales y se demostró que las facetas linguales de piezas delanteras inferiores se evidenciaron daños con demasiada recurrencia en la agrupación etaria de 20 a 34 años (41).

2.2.7. Causas principales

Traumatismo crónico, debido al cepillado habitual inadecuado, afecta corporalmente el tejido gingival. La aplicación traumática del cepillo de dientes, así como, otros constituyentes de aseo bucodentario sobre tenues contornos gingivales cotidianamente, ostenta conllevar de modo progresivo y pausada a la recesión gingival en el transcurrir de cada año del individuo (41).

Enfermedad periodontal inflamatoria crónica, degradación tisular producto de las dolencias periodontales abarcando las degradaciones óseas gradualmente que evidencia dirigir al traslado gingival apical y raíces expuestas (41).

Trauma oclusal, el traumatismo oclusal primario ostenta inducir evidencias particularizadas por dolencias difusas combinando un modesto incremento al moverse los dientes, que permanece días, semanas e incluyendo meses. Unas pocas semanas más tarde, un agrandamiento uniforme del territorio periodontal y grosor de las láminas duras o placas corticales alveolares se vuelven existentes imagenológicamente. También debido al incremento de la demanda funcional, generada por potencias oclusales excesivas, se genera una extensión intensa y progresiva de las fibras periodontales, particularmente las que se adhieren al territorio mayormente cervical de la cresta ósea alveolar (41).

2.2.8. Constituyentes predisponentes de la recesión gingival

Contracción del ancho de la cresta ósea alveolar, mezclándose con el borde gingival delicado (42).

Dehiscencia: alejamiento de dos estructuraciones o segmentos de tejido colindantes por fuerzas mecánicas, generando una fisura (42).

Fenestración: es el defecto en el hueso alveolar sin englobar el contorno alveolar con inserción del frenillo cercano al espacio cervical de la encía (42).

2.2.9. Aspectos clínicos de la recesión gingival

La recesión gingival ostenta subsistir en ciertas piezas separadas; siempre que sea subsistente suele perjudicar a todo un sector de las arcadas dentarias, aislando horizontalmente la inserción del tejido periodontal, englobadas a la papila gingival (42):

2.2.10. Retracción gingival local

Ostenta presentar figura de V o U (42).

Las retracciones locales en V se adhieren a dientes sujetos a traumas oclusales, primordialmente en atendidos con bruxismo (42).

La recesión local en U está cotidianamente adherida a hallazgos periodontales con inflamaciones crónicas, cepillados inadecuados o inserción inapropiada del frenillo (42).

2.2.10.1. Retracción generalizada u horizontal

De modo generalizado u horizontal, la gingiva retraída esta adherida a los padecimientos periodontales destructivos inflamatorios crónicos (42).

2.2.11. Clasificación de Miller

Clase I: tejido marginal con recesión, que no se amplía a la adherencia mucogingival (MGJ). No subsiste degradación periodontal (hueso o tejido blando) en el territorio interdentario y anticipa una cubierta radicular al 100 % (43).

Clase II: tejido marginal retraído, que se amplía hasta o más allá de la MGJ. No subsiste degradación periodontal (tejido blando o hueso) en el territorio interdental y anticipa un recubrimiento radicular del 100 % (43).

Clase III: tejido marginal retraído, ampliándose hasta o más allá de la MGJ. Exhibiendo degradación ósea (43).

Clase IV: tejido marginal retraído, ampliándose hasta o más allá de la MGJ (43).

2.2.12. Tratamiento

Restauración de coronas y carillas (44) (45)

Construcción de máscara gingival (44) (45)

Acondicionamiento de raíces (44) (45)

Frenectomía (44) (45)

2.2.13. Técnicas quirúrgicas de cobertura radicular

Injerto gingival libre epitelizado (47)

Injerto de tejido conjuntivo subepitelial (46)

Colgajo semilunar (47)

Colgajo avanzado coronalmente (47)

Regeneración tisular guiada [GTR] (47)

En general, el proceso quirúrgico tiene la facultad de catalogarse extensamente en fases de colgajo pediculado, procesos de injerto libre e intervenciones de regeneraciones tisulares guiadas. Se han creado diversas variaciones a las técnicas cotidianas en una búsqueda por alcanzar una cubierta radicular mejorada y una estética superior (48).

2.2.14. Procedimientos de colgajo coronalmente avanzado (CAF)

Engloba el reposicionamiento coronal de los tejidos gingivales que se halla apicalmente al defecto de recesión. En algunas circunstancias, se evidencian anomalías recesivas mínimamente profundas, un biotipo gingival engrosado y unas cifras requeridas de encía queratinizada, ostentando efectuar una intervención de una sola fase (48).

2.3. Definición de términos

Maloclusión: Oclusión anómala en la que las piezas no se hallan en un ordenamiento cotidiano asociada con las piezas adyacentes del mismo maxilar cuando están cerrados (27).

Recesión gingival: Traslado apical de los contornos gingivales a la adherencia amelocementaria (UCE). La recesión gingival está simbolizada por variantes periodontales atróficos.

Maloclusión clase I: Está caracterizada por las relaciones mesiodistales cotidianas de los maxilares y arcos dentales, referenciando oclusión cotidiana de los primeros molares (29).

Maloclusión clase II: Es cuando por cualquier razón los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores en ampliación de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada sector (32) (33).

Maloclusión clase III: Es peculiar por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas inferiores hasta ampliarse tenuemente más de una mitad del ancho de la cúspide de cada sector (39).

Clasificación de Miller clase I: Tejido marginal con recesión, que no se amplía a la adherencia mucogingival (MGJ). No subsiste degradación periodontal (hueso o tejido blando) en el territorio interdentario y anticipa una cubierta radicular al 100 % (43).

Clasificación de Miller Clase II: tejido marginal retraído, que se amplía hasta o más allá de la MGJ. No subsiste degradación periodontal (tejido blando o hueso) en el territorio interdental y anticipa un recubrimiento radicular del 100 % (43).

Clasificación de Miller clase III: Tejido marginal retraído, ampliándose hasta o más allá de la MGJ. Exhibiendo degradación ósea (43).

Clasificación de Miller clase IV: Tejido marginal retraído, ampliándose hasta o más allá de la MGJ (43).

Retracción generalizada u horizontal: De modo generalizado u horizontal, la gingiva retraída esta adherida a los padecimientos periodontales destructivos inflamatorios crónicos (42).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

Existe relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

3.3.2. Hipótesis específicas

Existe relación entre maloclusión y ausencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

Existe relación entre maloclusión y presencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

Existe relación entre maloclusión y recesión gingival según sexo en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

Existe relación entre maloclusión y recesión gingival según edad en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

3.2. Identificación de variables

3.2.1. Definición conceptual de la primera variable

Maloclusión: La maloclusión, según Angle es la diferenciación del crecimiento y aumento cotidiano de la dentadura (2).

Definición operacional

Es la clasificación según la posición de los molares superiores e inferiores. Se midió con las dimensiones clase I, clase II y clase III (2).

3.2.2. Definición conceptual de la segunda variable

Recesión gingival: Según Miller, es la circunstancia que exhibe el contorno mayormente apical a la recesión referente a la adherencia mucogingival (3).

Definición operacional

Es la clasificación referenciada en cuanto al migrado del contorno gingival a la adherencia mucogingival. Se midió con la ausencia de recesión gingival y la presencia de recesión gingival (3).

3.3. Matriz de operacionalización de variables

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Operacionalización		
				Indicadores	Escala de medición	Tipo de variable
Maloclusión	Es el resultante de irregularidad funcional y morfológica de los constituyentes óseos, musculares y dentarios que engloban el sistema estomatognático (3).	Es la clasificación según la posición de los molares superiores e	Clase I	Clasificación de Angle	Nominal	Categorica
		inferiores. Se va a medir con las dimensiones clase I, clase II y clase III (3).	Clase II			
			Clase III			
Recesión gingival	Es cuando se mueven apicalmente los contornos gingivales a la adherencia amelo cementaria (UCE) (2).	Es la clasificación referenciada en cuanto al migrado del contorno gingival a la adherencia mucogingival. Se midió con la ausencia de recesión gingival y la existencia de recesión gingival (2).	Ausencia de recesión gingival Presencia de recesión gingival	Clasificación de Miller Clase I Clase II Clase III Clase IV	Nominal	Categorica

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Métodos, tipo y nivel de investigación

4.1.1. Método de la investigación

Para Hernández et al. (49) fue científico, consistió en explorar y responder preguntas para probar una hipótesis.

4.1.2. Tipo de investigación

Para Hernández et al. (49) fue investigación básica porque tuvo la finalidad de incrementar los conocimientos.

4.1.3. Alcance de la investigación

Para Hernández et al. (49) fue correlacional porque se recopiló información al contrastar la correlación entre variables.

4.2. Diseño de la investigación

Para Hernández et al. (49) fue no experimental donde no se manipularon las variables, prospectivo porque se documentó la subsistencia de un elemento de interés en el periodo investigado y; transversal, porque recogió cifras de múltiples sujetos en un tiempo determinado.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población fue de 100 adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica.

4.3.1.1. Técnica de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia (49). Para escoger la muestra se utilizaron las estipulaciones de inclusión y exclusión.

4.3.2. Muestra

El tamaño de la muestra fue calculado conforme al criterio de inclusión y exclusión, que estuvo desarrollada por 80 adultos.

4.3.2.1. Criterios de inclusión

Adultos que vivieron en Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023

Adultos de ambos sexos

Adultos que aceptaron firmar el consentimiento informado para participar en la tesis.

Adultos con recesión gingival

Adultos con maloclusión dental

4.3.2.2. Criterios de exclusión

Adultos con tratamiento ortodóntico

Adultos con prótesis dental

Adultos con implantes dentales

Adultos con tratamientos farmacológicos.

Adultos con diagnósticos sistémicos

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

4.4.1. Técnica

Observación: Se aplicó la observación para ambas variables, que recogió datos directos de las evaluaciones respectivas (49).

4.4.2. Instrumento de recolección de datos

A. Diseño

El instrumento contó con ítems estructurados para evaluar la variable Maloclusión; el instrumento presentó tres imágenes donde se observó los criterios de Angle para calificar a los participantes según clase I, clase II y clase III. Se utilizó un espejo bucal para evaluar la relación molar y anotarlo.

Para evaluar la recesión gingival el instrumento contó con ítems para colocar ausencia o presencia por piezas dentarias evaluadas siendo los premolares y molares respectivamente, evaluándose bajo la categorización de Miller estipulando: clase I, II, III y IV. Para evaluar la

recesión gingival, se realizó una evaluación clínica con una sonda (Carolina del Norte *Hu-fridey*), exhibiéndose desde el contorno gingival hasta la adherencia mucogingival; registrando cálculos en milímetros.

B. Confiabilidad

El instrumento de maloclusión fue creado por Edward Angle en 1899 y ha sido usado en diversas investigaciones hasta la fecha.

El instrumento que evaluó la recesión gingival fue creado por Preston Miller en 1985. y ha sido usado en diversas investigaciones hasta la fecha.

C. Validez

La validez del presente estudio es racional, porque los instrumentos originales fueron aprobados y valorados por juicio de expertos, que permitió definir la validez de una prueba verificando si los ítems son factibles para evaluarlos.

4.4.3. Procedimiento de la investigación

Se presentó una carta de autorización dirigida al Remando Enríquez Benito, alcalde de Chacarilla, Yauli; además, fue firmada por la asesora quien a su vez respondió con otra carta de aceptación para poder desarrollar la tesis.

El instrumento fue una ficha de registro de data verificado por la OMS. Esta investigación comenzó enviándose un documento aprobado por el director de la Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad Continental, al poblado de Sotopampa. Se requirió una carta de presentación expedida por la asesora.

Se procedió a examinar a los adultos en un local comunal disponible, del cual se usaron los implementos para ejecutar la examinación con equipos de bioseguridad (lentes protectores, mascarilla, guantes, gorro, botas, mandil desechable). Donde se les sentó en una silla de plástico y se constó en una mesa con el siguiente instrumental: espejos bucales, explorador, sonda periodontal, algodón y porta residuos.

Se examinó la recesión gingival, bajo estipulaciones de ausencia y presencia. En caso de presencia se clasificó según Miller estipulando: clase I, II, III y IV. Se referencia las piezas posteriores (incisivos centrales, caninos, primeras y segundas premolares, primeras y segundas molares), además de los probables dañados en circunstancia de una desoclusión inapropiada o no fisiológica.

Para evaluar la recesión gingival, se realizó una evaluación clínica con una sonda (Carolina del Norte *Hu-fridey*), exhibiéndose desde el contorno gingival hasta la adherencia mucogingival, registrando cálculos en milímetros.

Para evaluar la maloclusión se observó clínicamente, usando los criterios de Angle para calificar clase I, clase II y clase III.

Luego de las evaluaciones respectivas se procedió a las anotaciones en las fichas para recoger datos.

Se usó el IBM SPSS Statistic 25, efectuándose tablas para anotar los resultados, y para la contrastación de hipótesis se aplicó el chi cuadrado.

4.5. Consideraciones éticas

Se presenta al garantizar de modo expreso la confidencialidad de la identidad del individuo de investigación, el respeto a su privacidad y mantenimiento de la confidencialidad de la información recolectada antes, durante y posterior de su colaboración en el estudio. El agregado de esta sección deberá hallarse dentro de lo admitido por la Ley N.º 29733, Ley de protección de datos personales y su reglamento.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

Tabla 2. *Adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, según sexo*

Sexo	n	%
Femenino	44	55,0
Masculino	36	45,0
Total	80	100,0

Interpretación: El sexo femenino presenta 55,0 % y 45,0 % el sexo masculino de los adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica.

Tabla 3. *Adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, según edad*

Edad agrupada	n	%
45 - 53 años	42	52,5
54 - 62 años	22	27,5
63 - 71 años	16	20,0
Total	80	100,0

Interpretación: Con respecto al grupo etario, se presenta 52,5 % entre 45 – 53 años, seguido con 27,5 % entre 54 – 62 años y, finalmente, 20,0 % entre 63 – 71 años.

Tabla 4. *Maloclusión en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023*

Maloclusión	n	%
Clase I	44	55,0
Clase II	25	31,3
Clase III	11	13,8
Total	80	100,0

Interpretación: Existe un mayor porcentaje para la maloclusión clase I, con 55,0 %; con 31,3 % se muestra maloclusión clase II; y con 13,8 % maloclusión clase III.

Tabla 5. Recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023

Recesión gingival	n	%
Clase I	48	60,0
Clase II	17	21,3
Clase III	15	18,8
Total	80	100,0

Interpretación: Existe un mayor porcentaje, 60,0 %, donde resalta un grado de recesión gingival clase I, con 21,3 % se muestra un grado de recesión gingival clase II; con un menor porcentaje de 18,8 %, un grado de recesión gingival clase III.

Tabla 6. Relación entre maloclusión y ausencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023

		Recesión gingival (ausencia)								Valor p
		Clase I		Clase II		Clase III		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Maloclusión	Clase I	8	10,0	0	0,0	4	5,0	12	15,0	0,055
	Clase II	3	3,8	4	5,0	5	6,3	12	15,0	
	Clase III	3	3,8	0	0,0	0	0,0	3	3,8	
	Total	14	17,5	4	5,0	9	11,3	27	33,8	

Interpretación: De acuerdo con la prueba de chi cuadrado, sí existe relación estadísticamente significativa entre maloclusión y ausencia de recesión gingival, ($p = 0,055 > 0,05$), no obstante, exhibe un porcentaje superior de 10,0 %, donde se evidencia una maloclusión clase I en la ausencia de recesión gingival clase I; entonces sí se evidencia significancia estadística.

Tabla 7. Relación entre maloclusión y presencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023

		Recesión gingival (presencia)								Valor p
		Clase I		Clase II		Clase III		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Maloclusión	Clase I	27	33,8	4	5,0	1	1,3	32	40,0	0,000
	Clase II	4	5,0	4	5,0	5	6,3	13	16,3	
	Clase III	3	3,8	5	6,3	0	0,0	8	10,0	
	Total	34	42,5	13	16,3	6	7,5	53	66,3	

Interpretación: En contexto con la prueba de chi cuadrado, sí existe relación estadísticamente significativa entre maloclusión y presencia de recesión gingival, ($p = 0,000 < 0,05$), evidenciando un mayor porcentaje, con 33,8 %, donde presentan una maloclusión clase I y hay presencia de recesión gingival clase I; entonces, sí se evidencia significancia estadística.

Tabla 8. Relación entre maloclusión y recesión gingival según sexo en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023

		Sexo						Valor <i>p</i>
		Femenino		Masculino		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Maloclusión	Clase I	30	37,5	14	17,5	44	55,0	0,015
	Clase II	8	10,0	17	21,3	25	31,3	
	Clase III	6	7,5	5	6,3	11	13,8	
Recesión gingival	Clase I	35	43,8	13	16,3	48	60,0	0,000
	Clase II	8	10,0	9	11,3	17	21,3	
	Clase III	1	1,3	14	17,5	15	18,8	

Interpretación: Según chi cuadrado, sí existe relación significativa entre maloclusión con el sexo ($p = 0,015 < 0,05$), ya que muestra un mayor porcentaje de 37,5 %, donde presentan una maloclusión clase I en el sexo femenino. A continuación, se aplicó el chi cuadrado en la siguiente variable donde también existe relación significativa entre la recesión gingival con el sexo ($p = 0,000 < 0,05$), por lo tanto, muestra un mayor porcentaje de 43,8 %, donde puntualizan un grado de recesión gingival clase I en el sexo femenino; entonces, sí se presenta significancia estadística.

Tabla 9. Relación entre maloclusión y recesión gingival según edad en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023

		Edad agrupada						Valor <i>p</i>		
		45 – 53 años		54 – 62 años		63 – 71 años			Total	
		n	%	n	%	n	%		n	%
Maloclusión	Clase I	30	37,5	14	17,5	0	0,0	44	55,0	0,000
	Clase II	9	11,3	0	0,0	16	20,0	25	31,3	
	Clase III	3	3,8	8	10,0	0	0,0	11	13,8	
Recesión gingival	Clase I	32	40,0	10	12,5	6	7,5	48	60,0	0,021
	Clase II	4	5,0	8	10,0	5	6,3	17	21,3	
	Clase III	6	7,5	4	5,0	5	6,3	15	18,8	

Interpretación: Según chi cuadrado, sí existe relación significativa entre maloclusión con la edad ($p = 0,000 < 0,05$), en consecuencia, exhibe un mayor porcentaje de 37,5 %, donde presentan una maloclusión clase I entre los de 45 – 53 años. Seguidamente, se aplicó chi cuadrado en la siguiente variable donde también existe relación estadísticamente significativa entre recesión gingival con la edad ($p = 0,021 < 0,05$), por consiguiente, presenta un mayor porcentaje de 40,0 %, donde evidencian un grado de recesión gingival clase I entre los de 45 – 53 años.

Tabla 10. Comprobación de relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023

	Pruebas de chi cuadrado	Valor p
Maloclusión – Recesión gingival	23, 940 ^a	0,000

Ho: No existe relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

H1: Existe relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

Interpretación: De acuerdo con el chi cuadrado, hay relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023, donde ($p < 0,05$), entonces, se acepta H1.

5.2. Discusión de resultados

La tesis tuvo por objetivo relacionar la maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023. Metodológicamente, se aplicó el método científico, siendo de tipo básico, con alcance correlacional, diseño no experimental, prospectivo y transversal. Donde los resultados son los siguientes:

El resultado del análisis demostró que no presenta relación significativa entre maloclusión y ausencia de recesión gingival ($p = 0,055$). No obstante, también se evidenció que subsiste relación representativa entre maloclusión y presencia de recesión gingival, ($p = 0,000$). Con respecto al sexo, se evidenció relación estadísticamente significativa con maloclusión clase I con el sexo femenino ($p = 0,015$). A su vez, se presentó relación con la recesión gingival clase I en el sexo femenino ($p = 0,000$). Acerca de la edad, se detalló una relación estadísticamente significativa con maloclusión clase I entre los de 45 – 53 años ($p = 0,000$). A su vez, se presentó relación con la recesión gingival clase I entre los de 45 – 53 años ($p = 0,021$). Al efectuar chi cuadrado se demostró que hay relación entre maloclusión y recesión gingival donde $p < 0,05$.

En relación con los hallazgos de recesión gingival, se evidenció porcentajes superiores a 60,0 % en recesión gingival clase I, diferenciándose con Navarrete (12), donde el constituyente de peligro fueron los padecimientos periodontales con 29,5 %.

Tomina (13) obtuvo que la totalidad de las retracciones gingivales ostentan estar adheridas con maloclusiones donde existe interrupciones del lado de trabajo, siendo la cifra superior de retracciones gingivales adheridas con interrupciones activas transcurrida las guías laterales.

Con referencia al sexo, el presente estudio evidenció un mayor porcentaje con 37,5 %, de pacientes con recesión con maloclusión clase I en el sexo femenino, discrepando de Menon et al. (8), quien presentó un mayor porcentaje de 67,9 % de los hombres con recesión que tenían maloclusión.

Según la edad, se evidenció un elevado porcentaje de maloclusión y recesión gingival entre los de 45 – 53 años, discrepando de lo hallado por Menon et al. (8), donde el conjunto de edades mayormente cotidiana que se vio perjudicada fue 31 a 35 años.

En la presente investigación se aprecia que existe un mayor porcentaje de maloclusión clase I discrepando de lo encontrado por Menon et al. (8), donde el tipo de maloclusión más común presente en pacientes con recesión fue clase II.

En contexto con la prueba estadística, se evidenció relación significativa entre maloclusión y recesión gingival ($p < 0,05$) teniendo cercanía con Menon et al. (8), donde el análisis de significancia estadística entre el sitio de la recesión y el tipo de maloclusión encontró que existe una correlación negativa ($p > 0,05$).

En referencia con el sexo, se evidenció un porcentaje superior de recesión gingival y el sexo, sobre todo, en el sexo femenino ($p < 0,05$) discrepando de lo hallado por Menon et al. (8), donde el sitio de recesión y el sexo encontró relación, sobre todo, entre los pacientes masculinos ($p < 0,05$).

Según la recesión gingival, se evidenció un porcentaje superior de 43,8 % donde puntualizan el grado de recesión gingival clase I en el sexo femenino, diferenciándose de Echandia (20), donde la recurrencia fue de 80.17 % de recesión gingival, teniendo las damas predominio de este hallazgo.

Según las clases de recesión gingival en el análisis en esta investigación, se evidenció un porcentaje superior de 60,0 % en clase I, diferenciándose con lo encontrado por Guerrero (21), donde se referencia que la recurrencia de retracción gingival fue la clase I con 39,8 %.

CONCLUSIONES

1. Existe relación estadísticamente significativa entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.
2. No existe relación estadísticamente significativa entre maloclusión y ausencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.
3. Existe relación estadísticamente significativa entre maloclusión y presencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.
4. Existe relación estadísticamente significativa entre maloclusión y recesión gingival en adultos del sexo femenino de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.
5. Existe relación estadísticamente significativa entre maloclusión y recesión gingival en adultos de 45 – 53 años de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar estudios con un mayor tamaño muestral para evaluar la relación entre maloclusión y recesión gingival.
2. Realizar más estudios donde se evalúe constituyentes adheridos a la subsistencia de recesión gingival en pobladores de zonas rurales.
3. Desarrollar investigaciones donde se relacione la maloclusión y la incidencia psicosocial de la estética dentaria en pobladores de zonas rurales.
4. Efectuar revisiones de investigaciones donde evalúen la correlación entre maloclusión y recesión gingival en pobladores de zonas rurales.

REFERENCIAS

1. Ortiz J. Relación entre las maloclusiones dentales y tipo de instrumento musical de viento en estudiantes de la Universidad Nacional de Música del Perú, en el periodo 2019-2022. Tesis de Cirujano Dentista. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Departamento de Odontología; 2023. Report 1.
2. Carranza F, Newman M. Clinical Periodontology. Ed 9. 2001. 9th ed.; 2001.
3. Handelman C. Quantitative measures of gingival recession and the influence of gender, race, and attrition. *Progress in Orthodontics*. 2018; (19(1): 1-10.
4. Machuca A. Recesión gingival y ortodoncia. Tesis de Cirujano Dentista. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Departamento de Odontología; 2022. Report 1.
5. Merijohn K. Management and prevention of gingival recession. *Periodontology*. 2016 Jun; 1(1-22.).
6. Sunthosh S CP. Anatomy, Occlusal Contact Relations And Mandibular Movements. Europe. 2021 May; 1(1) (1-15.).
7. Fan J, Caton J. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations." *Journal of periodontology*. 2018 May; 89(1) (14-22).
8. Menon R. The prevalence of gingival recession among different types of malocclusions. *International Journal of Dentistry and Oral Science (IJDOS)*. 2021; 6(2868-2872).
9. Arroyo F. Relación entre los factores oclusales y las recesiones gingivales en dientes posteriores en estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Tesis para Cirujano Dentista. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. Departamento de Odontología; 2018. Report 1.
10. Morales A. Asociación entre trauma oclusal y tipo de recesión gingival en pacientes atendidos en la clínica odontológica Ecodental-Huánuco 2021. Tesis para Cirujano Dentista. Lima: Universidad Norbert Wiener, Departamento de Odontología; 2022. Report 1.
11. Reissner C. Impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes que acuden a escuelas de Asunción y Pirayú, Paraguay. *Revista Nacional de Odontología*. 2019; 15(28): 1-10.
12. Navarrete D. Factores de riesgo de la recesión gingival en adultos y su tratamiento. BS thesis. Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología. Tesis para Cirujano Dentista. Universidad de Guayaquil, Facultad de Odontología de Guayaquil; 2018.

13. Tomina D. Incidence of malocclusion among young patients with gingival recessions—a cross-sectional observational pilot study. *Medicina*. 2021 enero; 57(1316).
14. Ardani G. The importance of the occlusal plane in predicting better facial soft tissue in class II malocclusion in ethnic Javanese. *European Journal of Dentistry*. 2020, Jul; 14(429-434).
15. Ajami S. Dentoskeletal effects of class II malocclusion treatment with the modified Twin Block appliance. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2019 May; 11(1093).
16. Silva R, Kang D. Prevalence of malocclusion among Latino adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2001 Jul; 119(313-315).
17. Manohar J, Jaiganesh R, Saravana D. Prevalence of gingival recession in patients undergoing orthodontic treatment in the age group of 18 to 25 years—a retrospective study. *Int J Dentistry Oral Sci* 7.11 (2020): 1084-1089. *Int J Dentistry Oral Sci*. 2018; 7(11): 1084-1089.
18. Saab F, de Freitas D, Cotrin P, Oliveira R, Valarelli F, de Oliveira R, et al. Comparison of Gingival Recession of Mandibular Incisors of Class III Patients Immediately after Compensatory or Surgical Orthodontic Treatment. *European Journal of Dentistry*. 2022; 1(1): 1089-1096.
19. Fragkioudakis I, Tassou D, Sideri M, Vouros I. Prevalence and clinical characteristics of gingival recession in Greek young adults: A cross-sectional study. *Clinical and Experimental Dental Research*. 2021; 7(5): 672-678.
20. Echandia F. Relación entre los factores oclusales y las recesiones gingivales en dientes posteriores en estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Tesis. Universidad Nacional Federico Villarreal., Lima; 2018. Tesis para Cirujano Dentista. Lima: UNFV, Departamento de Odontología; 2018. Report 1.
21. Guerrero A. Asociación entre trauma oclusal y tipo de recesión gingival en pacientes atendidos en la clínica odontológica Ecodental-Huánuco en el año 2021. Tesis para Cirujano Dentista. Lima: Norbert Wiener, Departamento de Odontología; 2022. Report 1.
22. Cruz R. Influencia del bruxismo y de las interferencias oclusales en la clase de lesión furcal, profundidad de sondaje, nivel de inserción y recesión gingival en pacientes adultos de la consulta privada. Arequipa, 2022. Tesis para Cirujano Dentista. Arequipa: UCSM, Departamento de Odontología; 2022. Report 1.
23. Condori A. Influencia de la recesión gingival visible y de la malposición dentaria individual en el contorno gingival en pacientes del Centro Odontológico de la UCSM.

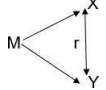
- Arequipa, 2019. Tesis para Cirujano Dentista. Arequipa: UCSM, Departamento de Odontología; 2021. Report 1.
24. Corzo K, Timaná E.. Frecuencia de maloclusión dental en pacientes atendidos en una clínica estomatológica universitaria de Piura–Perú, 2017-2020. Tesis para Cirujano Dentista. Piura: UCV, Departamento de Odontología; 2020. Report 1.
 25. Osoreo A. Factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales en pacientes de 30-60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Tesis para Cirujano Dentista. Lima: UIGV, Departamento de Odontología; 2020. Report 1.
 26. Hanco D. Impacto psicosocial de la maloclusión en estudiantes de 12 a 15 años de edad de la Institución Educativa Independencia Nacional–Puno 2019. Tesis. Universidad Nacional del Altiplano. Tesis para Cirujano Dentista. Puno: UNAP, Departamento de Odontología; 2020. Report 1.
 27. Arela D. Impacto psicosocial de la maloclusión en estudiantes de 12 a 15 años de edad de la Institución Educativa Independencia Nacional–Puno 2019. [Tesis para optar Título Profesional]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Prevención Oral; 2020.
 28. Northway W. Gingival recession: can orthodontics be a cure? Evidence from a case presentation. *Angle Orthod.* 2013; 83(6): (1093–1101).
 29. Patcas R. Accuracy of cone-beam computed tomography at different resolutions assessed on the bony covering of the mandibular anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012; 141(1) (41–50).
 30. Rana T. Management of gingival recession associated with orthodontic treatment: a case report. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8(7):(ZD05–ZD07).
 31. Renkema A. Gingival recessions, and the change of inclination of mandibular incisors during orthodontic treatment. *Eur J Orthod.* 2012; 35(1):(249–255).
 32. Jati A, Furquim L, Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. *Dental press journal of orthodontics.* 2013; Jul; 21(18-29).
 33. Mythri S. Etiology and occurrence of gingival recession-An epidemiological study. *Journal of Indian Society of Periodontology.* 2015; 19 (6):(671).
 34. Krishna. The influence of occlusal trauma on gingival recession and gingival clefts. *The Journal of Indian Prosthodontic Society.* 2013; 13(1):(7-12).
 35. Zaher. Interest in periodontology and preferences for treatment of localized gingival recessions: a survey among Swiss dentists. *Journal of Clinical Periodontology.* 2005; 32(4):(375–382).

36. Vassalli. Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review. *Orthodontics & craniofacial research*. 2010; 13(3):(127-141).
37. Gulati. Esthetic dentistry for multiple gingival recession cases: Coronally advanced flap with bracket application. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2016; 20(2) (207).
38. Gebistorf M. Gingival recession in orthodontic patients 10 to 15 years posttreatment: A retrospective cohort study. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. 2018; 153(5):(645-655).
39. Renkema A. Development of labial gingival recessions in orthodontically treated patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2013; 143(2):(206-212).
40. Chrysanthakopoulos N. Gingival recession: prevalence and risk indicators among young greek adults. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2014; (e243).
41. Slutzkey L. Gingival recession in young adults: occurrence, severity, and relationship to past orthodontic treatment and oral piercing. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2008 Jun; 134(652-656).
42. Pini-Prato G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. *Journal of clinical periodontology*. 2011; 38(3):(243-245).
43. Jain S. Classification systems of gingival recession: An update. *Indian journal of dental sciences*. 2017; 9(1):(52).
44. Kassab M. Treatment of gingival recession. *Dental Clinics*. 2010; 54(1):(129-140).
45. Kassab M, Cohen R. Treatment of gingival recession. *The Journal of the American Dental Association*. 2002, 133(11):(1499-1506).
46. Imber J, Kasaj A. Treatment of gingival recession: when and how. *International dental journal*. 2012; 71(3):(178-187).
47. Chan H, Chun Y, MacEachern M, Oates T. Does gingival recession require surgical treatment? *Dental Clinics*. 2015; 59(4):(981-996).
48. Shkreta. M. Exploring the gingival recession surgical treatment modalities: A literature review. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 2018; 6(4):(698).
49. Hernández S, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la Investigación*. 5th ed. México: McGraw-Hill; 2001.

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de Consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables y dimensiones	Metodología	Población y muestra
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre maloclusión y la ausencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023? • ¿Cuál es la relación entre maloclusión y la presencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023? • ¿Cuál es la relación entre maloclusión y recesión gingival según sexo en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023? • ¿Cuál es la relación entre maloclusión y recesión gingival según edad en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023? 	<p>Objetivo general Establecer la relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre maloclusión y ausencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023. • Determinar la relación entre maloclusión y presencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023. • Determinar la relación entre maloclusión y recesión gingival según sexo en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023. • Determinar la relación entre maloclusión y recesión gingival según edad en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023. 	<p>Hipótesis general Existe relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación entre maloclusión y ausencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023. • Existe relación entre maloclusión y presencia de recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023. • Existe relación entre maloclusión y recesión gingival según sexo en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023. • Existe relación entre maloclusión y recesión gingival según edad en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023. 	<p>Variable 1 Maloclusión</p> <p>Dimensiones: Clase I Clase II Clase III</p> <p>Variable 2 Recesión gingival</p> <p>Dimensiones: Ausencia de recesión gingival = 0 Presencia de recesión gingival = 1</p>	<p>Método: Científico</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Básica</p> <p>Diseño: Correlacional</p>  <p>Donde: M = muestra de estudio: 80 adultos X = variable 1: Maloclusión Y = variable 2: Recesión gingival. r = relación entre las variables.</p> <p>Alcance o nivel: Correlacional</p> <p>Diseño: No Experimental, transversal</p>	<p>Población: 100 adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica.</p> <p>Muestra: 80 adultos</p> <p>Técnica de muestreo: No probabilístico por conveniencia.</p> <p>Técnicas de recolección de datos: Se utilizó para ambas variables la observación.</p> <p>Ficha de recolección de datos para maloclusión.</p> <p>Ficha de recolección de datos para recesión gingival</p> <p>Técnica de análisis de datos: Se usó la prueba de Chi cuadrado para contrastar la hipótesis de la investigación.</p>

Anexo 2

Documento de aprobación por el Comité de Ética



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Huancayo, 24 de agosto del 2023

OFICIO N°0506-2023-CIEI-UC

Investigadores:

TRAYCI RUBÍ GUILLEN ESCOBAR

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y RECESIÓN GINGIVAL EN ADULTOS DE CHACARILLA DEL DISTRITO DE YAULI, HUANCAVELICA, 2023.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente




Walter Calderín Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N°7 Av. Colasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Isidro - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendivila 5210, Los Olivos
(01) 283 2760

J. Junín 355, Miraflores
(01) 283 2760

ucontinental.edu.pe

Anexo 3

Consentimiento informado

Consentimiento informado para participantes de la investigación

El presente estudio es conducido por la bachiller **Guillen Escobar, Trayci**, quien está realizando el Curso Taller de Titulación en la Universidad Continental. El objetivo de la investigación es: **Relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.**

En función de ello, lo invitamos a participar de este estudio a través de una ficha clínica que se estima una duración máxima de 15 min.

Su participación es absolutamente voluntaria. Todos sus datos personales se mantendrán en estricta confidencialidad: se codificarán con un número para identificarlos de modo que se mantenga el anonimato. Además, no serán usados para ningún otro propósito que la investigación.

Todas las consultas o dudas que tenga sobre la investigación pueden ser atendidas en cualquier momento durante su participación. Así mismo, puede retirar su participación en el momento que lo desee sin ningún perjuicio. Si durante el examen le resulta incómodo, puede decírselo al entrevistador y también puede, si así lo desea, no participar.

Muchas gracias por su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Trayci Guillen Escobar. He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es:
Relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023.

He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener pregunta sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al teléfono 916721299.

Estoy al tanto de que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono 916721299.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 4

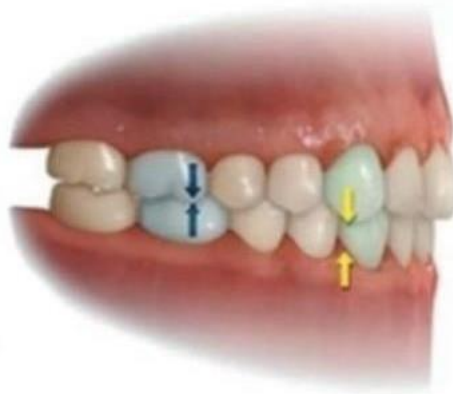
Instrumento de recolección de datos

Edad: Sexo:

A. Evaluación de maloclusión

Según Angle

Clase I _____



I

Class II_____



II

Class III_____



III

B. Evaluación de recesión gingival

EDAD: _____ años

Sexo: M

F

• RECESION GINGIVAL

Pieza	recesión gingival
14	
15	
16	
17	

Pieza	recesión gingival
24	
25	
26	
27	

Pieza	recesión gingival
34	
35	
36	
37	

Pieza	recesión gingival
44	
45	
46	
47	

0: ausencia de recesión gingival

1: presencia de recesión gingival

Fuente: Arroyo F. Relación entre los factores oclusales y las recesiones gingivales en dientes posteriores en estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. SUNEDU. [Tesis] Universidad Nacional Federico Villarreal, 2018.

Anexo 5
Evidencia fotográfica



Figura 1. Explicación del estudio a los pobladores



Figura 2. Evaluación de maloclusión



Figura 3. Evaluación de piezas dentarias superiores



Figura 4. Evaluación de recesión gingival posterior



Figura 5. Evaluación de recesión gingival lado derecho



Figura 6. Evaluación de maloclusión clase I



Figura 7. Evaluación de recesión gingival inferior



Figura 8. Evaluación de relación molar



Figura 9. Evaluación de recesión gingival en molares