



Universidad  
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

**Tesis**

Factores asociados y severidad de recesiones gingivales en pacientes de la  
clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025

**Para optar el Título Profesional de  
Cirujano Dentista**

**Presentado por:**

**Autora:** Olivares Arones, Anabel Rosa


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0006-4641-1165>

**Asesor:** Mg. Vásquez Rodrigo, Hernán

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-5926-6837>

**Lima – Perú**

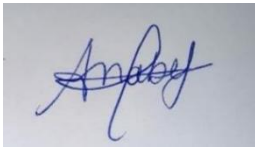
**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01

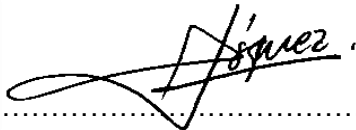
Yo Anabel Rosa Olivares Arones egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico Profesional de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “ Factores asociados y severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025 ” Asesorado por el docente: Mg. Esp. Hernán Vásquez Rodrigo DNI : 06144320 ORCID 14 (CATORCE) % con código :oid::14912:532148928 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.




.....  
 Firma de autor  
 Anabel Rosa Olivares Arones  
 DNI: 74035777



.....  
 Firma  
 Hernán Vásquez Rodrigo  
 DNI: 06144320

Lima, 06 de diciembre de 2025

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 08/11/2022</b>

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

La similitud observada en el presente trabajo de investigación del 5 % corresponde a las fuentes primarias y fuentes metodológicas, puesto que comparten objetivos y métodos de análisis estadístico que van a garantizar la validez y confiabilidad de los resultados de la presente investigación, lo cual va a garantizar la aplicabilidad rigurosa de la metodología científica.

## **Dedicatoria**

A Dios, por guiar mi camino y brindarme sabiduría. A mis padres Zara Arones y Carlos Olivares por acompañarme a lo largo de mi formación profesional, brindándome su apoyo incondicional, su paciencia y sus sabios consejos, fueron mi motor para seguir adelante cada día. Este logro es tan suyo como mío.

A mi hermano Gabriel Olivares que siempre confío en mi proceso y por recibir su ayuda leal.

A mis abuelos que nunca me faltaron y me apoyaron sin dudarlos. Finalmente, a la memoria de mi tío Eduardo Arones, quien hizo que conociera esta hermosa carrera.

### **Agradecimiento**

Agradezco a mi casa de estudios UNW por haberme acogido como parte de su comunidad académica y a todos los docentes que, con su dedicación y compromiso, aportaron a la construcción de mis conocimientos.

Expreso también mi sincero agradecimiento al Mag. Hernán Vásquez Rodrigo, por el valioso acompañamiento y apoyo constante brindado durante el desarrollo de esta tesis.

## Índice

<b>Dedicatoria .....</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento .....</b>	<b>iii</b>
<b>Índice .....</b>	<b>iv</b>
<b>Índice tablas .....</b>	<b>vi</b>
<b>índice de figuras .....</b>	<b>vii</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>viii</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>x</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema .....	4
1.2.1 Problema general.....	4
1.2.2 Problemas específicos .....	4
1.3 Objetivos de la investigación .....	5
1.3.1 Objetivo general .....	5
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.4 Justificación de la investigación .....	6
1.4.1 Teórica.....	6
1.4.2 Metodológica.....	6
1.4.3 Práctica.....	7
1.5 Limitaciones de la investigación.....	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Antecedentes de la investigación .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Bases teóricas.....</b>	<b>13</b>
<b>2.3. Formulación de hipótesis.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.1 Hipótesis general .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.2 Hipótesis específicas .....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....</b>	<b>29</b>
3.1 Método de la investigación .....	29
3.2 Enfoque de la investigación .....	29
3.3 Tipo de investigación.....	29
3.4 Diseño de la investigación .....	29
3.5 Población, muestra y muestreo .....	30

3.6 Variables y operacionalización .....	33
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	34
3.7.1 Técnica .....	34
3.7.2 Descripción de instrumentos .....	34
3.7.3 Validación .....	36
3.7.4 Confiabilidad .....	37
3.8 Procesamiento y análisis de datos .....	37
3.9 Aspectos éticos .....	38
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
4.1. Resultados .....	40
4.1.1 Análisis descriptivos de resultados .....	40
4.1.2 Prueba de hipótesis .....	44
4.1.3 Discusión de resultados .....	55
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>64</b>
5.1. Conclusiones .....	64
5.2. Recomendaciones .....	66
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>87</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	88
Anexo 2: Instrumentos .....	90
Anexo 3: Validez del instrumento .....	91
Anexo 4: Confiabilidad de los instrumentos .....	96
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética .....	98
Anexo 6: Formato de consentimiento informado .....	99
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.....	101
Anexo 8: Evidencias .....	102
Anexo 9: Informe del asesor de Turnitin.....	103

## Índice tablas

<b>Tabla 1</b> Operacionalización de variables .....	33
<b>Tabla 2</b> Jueces validadores .....	36
<b>Tabla 3</b> V-Aiken .....	36
<b>Tabla 4</b> Datos demográficos de la muestra seleccionada .....	40
<b>Tabla 5</b> Resultados de los factores asociados .....	41
<b>Tabla 6</b> Resultados de la severidad de recesiones gingivales.....	42
<b>Tabla 7</b> Dimensión placa asociada a la severidad de recesiones gingivales.....	44
<b>Tabla 8</b> Dimensión cálculos dentarios asociados a la severidad de recesiones gingivales .....	46
<b>Tabla 9</b> Dimensión iatrogenia asociada a la severidad de recesiones gingivales.....	47
<b>Tabla 10</b> Dimensión cepillado traumático asociado a la severidad de recesiones gingivales.....	49
<b>Tabla 11</b> Dimensión frenillos de inserción larga asociado a la severidad de recesiones gingivales.....	50
<b>Tabla 12</b> Dimensión edad asociada a la severidad de recesiones gingivales .....	51
<b>Tabla 13</b> Dimensión sexo asociado a la severidad de recesiones gingivales.....	53
<b>Tabla 14</b> Resumen de factores asociados con la severidad de recesiones gingivales ...	54

**índice de figuras**

<b>Figura 1</b> <i>Datos demográficos de los participantes</i> .....	40
<b>Figura 2</b> <i>Resultados de los factores asociados</i> .....	41
<b>Figura 3</b> <i>Resultados de la severidad de recesiones gingivales</i> .....	43

## Resumen

**Introducción:** La recesión gingival es una condición clínica frecuente que, pese a su prevalencia, suele pasar desapercibida. Se caracteriza por el desplazamiento del margen gingival hacia apical, exponiendo la superficie radicular del diente. Esta alteración, que puede afectar tanto la estética como la salud bucal y representa un problema de salud pública, dado que, distintos estudios revelan que más de 50% de las personas manifiestan al menos un área afectada por recesión gingival. **Objetivo:** “Determinar la relación entre los factores asociados con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025”.

**Metodología:** Fue planteando a través del método hipotético deductivo, enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, no experimental, correlacional y transaccional. La muestra seleccionada fueron 95 pacientes. Los instrumentos empleados fueron: la ficha de registro de factores asociados y la de recesión gingival según MILLER, y su confiabilidad es de 0.781 y 0.674. **Resultados:** Se encontró relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre la severidad de las recesiones gingivales y los factores placa ( $p = 0.001$ ), cálculos dentarios ( $p = 0.000$ ), iatrogenia ( $p = 0.007$ ) y cepillado traumático ( $p = 0.024$ ). No se evidenció asociación significativa con edad, sexo ni frenillos de inserción larga ( $p > 0.05$ ).

**Conclusiones:** Los hallazgos estadísticos mostraron una conexión significativa entre la severidad de la recesión gingival y factores locales, destacando la placa, cálculos, iatrogenia y cepillado traumático. Lo que señala influencia directa en el desarrollo de esta condición periodontal.

**Palabras claves:** Recesión gingival, gingivitis, factores de riesgo, cálculo dental, placa dentobacteriana (DECS).

## Abstract

**Introduction:** Gingival recession is a common clinical condition that, despite its prevalence, often goes unnoticed. It is characterized by the displacement of the gingival margin towards the apical level, exposing the root surface of the tooth. This alteration, which can affect both aesthetics and oral health, represents a public health problem, given that different studies reveal that more than 50% of people show at least one area affected by gingival recession. **Objective:** "To determine the relationship between the factors associated with the severity of gingival recession in patients at the Norbert Wiener University Clinic, Lima 2025". **Methodology:** It was proposed through the hypothetical-deductive method, a quantitative approach, of an applied, non-experimental, correlational and transactional nature. The selected sample was 95 patients. The instruments used were the registration form of associated factors and the gingival recession form according to Miller, and its reliability is 0.781 and 0.674. **Results:** A statistically significant relationship ( $p < 0.05$ ) was found between the severity of gingival recession and the factors plaque ( $p = 0.001$ ), dental calculus ( $p = 0.000$ ), iatrogenesis ( $p = 0.007$ ) and traumatic brushing ( $p = 0.024$ ). No significant association was evidenced with age, sex or long-insertion frenum ( $p > 0.05$ ). **Conclusions:** The statistical findings showed a significant connection between the severity of gingival recession and local factors, highlighting plaque, calculus, iatrogenesis and traumatic brushing. This indicates a direct influence on the development of this periodontal condition.

**Keywords:** Gingival recession, gingivitis, risk factors, dental calculus, dental plaque (DECS).

## INTRODUCCIÓN

La recesión gingival genera una disminución de la cobertura de la encía sobre el diente. Esta condición se vincula con diversas estructuras periodontales y puede desencadenar manifestaciones clínicas como hipersensibilidad dentinaria, alteraciones estéticas desfavorables, desgaste del esmalte, aparición de caries radiculares superficiales, entre otras complicaciones. Su aparición está influenciada por múltiples factores etiológicos, y puede manifestarse de forma localizada, afectando determinadas piezas dentarias. El abordaje de la sensibilidad dentinaria representa un desafío clínico, y su asociación con la recesión gingival tiende a generar ansiedad en los pacientes, además de requerir tratamientos prolongados y de alto costo.

El trabajo se encuentra estructurado en cinco capítulos y dos apartados. El Capítulo I hace referencia al problema de investigación, abordando el planteamiento del problema, la formulación, los objetivos, justificación y las limitaciones, los cuales constituyen el fundamento del estudio. El Capítulo II desarrolla los antecedentes, el marco teórico y las hipótesis que guiaron la investigación. El Capítulo III describe el diseño metodológico, población y muestra, operacionalización de las variables, técnicas e instrumentos utilizados, así como el procesamiento y análisis de los datos y aspectos éticos considerados. El Capítulo IV refleja los resultados junto a su respectivo análisis en relación con los estudios previos. Finalmente, el Capítulo V expone las conclusiones y recomendaciones que se derivan del estudio. En relación con los apartados, el primero contiene las referencias bibliográficas que han sido utilizadas y el segundo, los anexos pertinentes.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La recesión gingival (RG) se define como el movimiento del borde de la encía en dirección a la superficie radicular, lo que provoca la exposición parcial de la superficie radicular. Este problema presenta una alta prevalencia, afectando al 45% de los adultos jóvenes y al 100% de los adultos de mediana edad. Diversos factores predisponentes están relacionados con su aparición, tales como la inflamación causada por la acumulación de placa bacteriana, el cepillado dental traumático, la enfermedad periodontal y los tratamientos de ortodoncia (1).

Cabe resaltar, que la incidencia de la recesión gingival (RG) varía considerablemente según el país o la región estudiada. Esta condición, caracterizada por la exposición de la superficie radicular, incrementa el riesgo de hipersensibilidad, dolor y desarrollo de caries. Por ello, identificar sus causas a nivel clínico resulta fundamental para prevenir complicaciones y garantizar el éxito de los tratamientos odontológicos (2).

A nivel mundial, el estudio de Ashfaq et al., en Pakistán reveló que el 40,3% de los adultos presentan recesión gingival de 1 milímetro o más tras haber recibido tratamiento de ortodoncia (3). Por otra parte, en Albania la mayor prevalencia de recesión gingival (56%) se registró en pacientes de 20 a 30 años. En el grupo de 31 a 50 años, el 26% experimentó una pérdida de inserción de 4 a 6 mm, mientras que el 3% presentó recesión de hasta 7 mm. Entre los factores asociados, se identificó el uso de aparatos de ortodoncia como un factor que favorece el desarrollo de recesión gingival, debido a las dehiscencias óseas causadas por el movimiento dental (4).

Sin embargo, en Portugal, la RG presentó un predominio en el sexo femenino, siendo más notorio en el rango etario de 31 a 40 años y los factores asociados fueron la

edad (19%) y el hábito de cepillado dental (25%) (5). También, resalta que en España la severidad de las recesiones gingivales alcanzó un 11,24% en el T2 y un 67,42% en el T3, todos clasificados como clase A. Además, las recesiones gingivales fueron más frecuentes en los caninos, con una prevalencia del 15,91% (6).

En América Latina, la recesión gingival se describe como una condición influenciada por múltiples factores. Entre las principales causas identificadas se encuentran el cepillado dental traumático, la acumulación de cálculo, la presencia de un fenotipo periodontal delgado, frenillos con inserción marginal, malposiciones dentarias, tratamientos de ortodoncia, bruxismo, restauraciones defectuosas y el consumo de tabaco (7).

Un análisis destacado es el realizado por Strauss et al., quienes determinaron una prevalencia del 58% en una población de 23.8 millones de personas en Suramérica, registrándose una profundidad media de recesión gingival de 3 mm. Además, señalaron una correlación directa entre la extensión y severidad de esta condición con el avance de la edad, siendo más frecuente en las superficies vestibulares y hombres (8).

Además, en una población brasileña la prevalencia de recesión gingival alcanzó el 32.6% de 3 mm (9). Por otro lado, en Chile, la recesión gingival reportó 81.4% esta condición es particularmente frecuente en adultos de 35 a 44 años. La recesión gingival tiende a manifestarse con mayor frecuencia en la región mandibular y puede ser atribuida a diversos factores como el uso de cepillos dentales agresivos, pastas dentales abrasivas, traumatismos, el proceso natural de envejecimiento y la presencia de un fenotipo periodontal delgado (10).

En el Perú, Pineda et al., identificaron que la recesión gingival es más frecuente en jóvenes de 16 a 19 años (24.3%) y en hombres (35.4%). Los incisivos centrales inferiores resultaron ser los dientes más comprometidos (63.4%) y los factores

predominantes en los casos estudiados incluyen la presencia de placa (35.8%), frenillo (74.1%) y malos hábitos de higiene oral (23.5%) (11).

Además, un realizado en Lima en adultos de 25 a 75 años encontró que el 94.3% presentaba recesión gingival severa, con una extensión del 44.8%, siendo más frecuente en la región mandibular (54.2%). La severidad promedio fue de  $3.86 \pm 0.45$  mm. Se observó una asociación significativa entre el género masculino y la severidad de las recesiones. Los principales factores de riesgo identificados fueron el género, el movimiento del cepillado y antecedentes de tratamiento ortodóncico (12).

Por otra parte, un estudio realizado en un centro odontológico de Lince, reportaron severidad de recesión gingival del 60.4% en pacientes con frenillo, 65.7% en mujeres y 42.4% en hombres. Además, se identificó que los aparatos de ortodoncia, en pacientes con periodontos delgados, pueden causar dehiscencias óseas, aumentando el riesgo de recesión gingival a futuro (13).

También, en un puesto de salud odontológica en Huancayo, un examen clínico identificó que 24% de los pacientes de 39 a 59 años presentó recesión gingival, con grados I y II más frecuentes en hombres y grado II en mujeres según la clasificación de Miller. Los factores asociados incluyen cepillado, acumulación de cálculo, fenotipo periodontal fino, frenillos, malposiciones dentarias y ortodoncia (14).

En la clínica docente de Lima Metropolitana, se evidenció en los pacientes una alta prevalencia de recesiones gingivales, junto con deficiencias en la evaluación del biotipo periodontal, la falta de seguimiento a largo plazo y la ausencia de programas educativos para mejorar la higiene oral, lo que limita la prevención y el manejo efectivo de esta condición.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cómo los factores asociados se relacionan con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Cómo la dimensión placa se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

¿Cómo la dimensión cálculos dentarios se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

¿Cómo la dimensión iatrogenia se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

¿Cómo la dimensión cepillado traumático se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

¿Cómo la dimensión frenillos de inserción larga se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

¿Cómo la dimensión edad se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

¿Cómo la dimensión sexo se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre los factores asociados con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Determinar la relación entre la dimensión placa con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

Determinar la relación entre la dimensión cálculos dentarios con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

Determinar la relación entre la dimensión iatrogenia con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

Determinarla relación entre la dimensión cepillado traumático con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

Determinar la relación entre la dimensión frenillos de inserción larga con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

Determinar la relación entre la dimensión edad con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

Determinar la relación entre la dimensión sexo con la severidad de recesiones

gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

## **1.4 Justificación de la investigación**

### **1.4.1 Teórica**

Se sustenta mediante la teoría de la estética dental e impacto psicosocial entre los factores que intervienen en la aparición y avance de la recesión gingival, ya que esta condición no solo afecta la estética y la función oral, sino que también ejerce un impacto relevante en la calidad de vida de los pacientes, al estar asociada con sensibilidad dental, mayor riesgo de caries radiculares y problemas funcionales (15). Asimismo, la teoría de los biotipos periodontales resalta la importancia de identificar las características individuales del tejido gingival, ya que un biotipo delgado presenta mayor susceptibilidad a recesiones frente a factores como el cepillado traumático, malposiciones dentarias o procedimientos iatrogénicos (16).

Desde este enfoque, el presente estudio generó conocimientos que permitirán el diseño de protocolos clínicos más efectivos y personalizados, así como la implementación de programas educativos orientados a reducir los factores de riesgo prevenibles asociados a la recesión gingival, contribuyendo de esta manera a una mejor salud periodontal y al bienestar general de los pacientes.

### **1.4.2 Metodológica**

La fundamentación metodológica reside en emplear herramientas de medición que han demostrado validez y confiabilidad en la evaluación de las variables investigadas. Se utilizó la ficha de registro de Factores Asociados a Recesiones Gingivales, diseñada por Gencio en 2023 y la ficha de registro para Recesión Gingival - Clasificación Miller, aplicada por Rodríguez en 2022. Los resultados obtenidos proporcionaron información valiosa para implementar estrategias que reduzcan tanto la incidencia de los factores

asociados como la severidad de las recesiones gingivales, contribuyendo así a mejorar el bienestar de los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Norbert Wiener.

### **1.4.3 Práctica**

Desde una perspectiva práctica, la recesión gingival es una condición frecuente que puede afectar tanto la estética dental como la calidad de vida de los pacientes, especialmente en casos donde el impacto visual es significativo. Comprender los factores asociados con esta afección es fundamental para los profesionales de la odontología, ya que facilita un diagnóstico certero, un tratamiento adecuado y la implementación de estrategias preventivas personalizadas. Esta investigación aporta información útil y aplicable para mejorar la práctica odontológica, beneficiando tanto a los pacientes con recesión gingival, al ofrecerles soluciones efectivas, como a los odontólogos, al proporcionarles herramientas para abordar esta condición de manera integral según el tipo y grado de recesión.

### **1.5 Limitaciones de la investigación**

Entre las limitaciones identificadas se encuentra el hecho de que la muestra estuvo conformada exclusivamente por pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Norbert Wiener durante el año 2025, limitando así la aplicabilidad de los hallazgos en diferentes poblaciones o entornos clínicos. Asimismo, los datos clínicos y sociodemográficos se obtuvieron a través de historias clínicas y observación directa, lo que podría implicar la presencia de sesgos relacionados con el registro o la interpretación del profesional evaluador. Aunque se aplicaron protocolos estandarizados, no se descarta la existencia de discrepancias entre observadores que podrían haber influido en la exactitud de los datos recopilados.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1 A Nivel internacional

García et al. (17), en el 2024, en México, realizaron un estudio con el objetivo de “Determinar la prevalencia de recesiones gingivales y factores en pacientes de la Clínica del Posgrado de Periodoncia de Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla de agosto-octubre del 2020”. La metodología adoptada fue cualitativa, correlacional, no experimental, transversal, observacional y descriptiva. La muestra fue de 100 pacientes y el instrumento empleado fueron las historias clínicas. Los resultados revelaron una prevalencia de recesión gingival (RG) del 79.36%, siendo la recesión tipo 1 (RT1) la más frecuente (48.9%), como factores asociados destacan 29% el uso de cepillos de cerdas suaves, y 40.47% la técnica de cepillado Bass modificada. Conclusión, existe alta prevalencia de RG, aunque se requiere ampliar el tamaño muestral para profundizar las otras causas esta problemática.

Cavieres et al. (18), en el 2024, en Chile, propusieron como objetivo “Determinar la prevalencia de recesiones gingivales en alumnos de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, y los factores asociados a su presencia”. Emplearon el método cuantitativo, no experimental, observacional, correlacional, descriptivo y transeccional. El instrumento aplicado a una muestra de 311 pacientes fue la ficha clínica. Se obtuvo como resultados que 93.56% de los evaluados presentó una recesión gingival, los dientes con mayor frecuencia de recesiones fueron el 1.6, 3.4, 2.6 y 4.1, los de mayor severidad fueron el 3.3, 4.3 y 1.3, el tratamiento ortodóncico fue el factor más relacionado en un 75.2%. Se concluyó que las recesiones gingivales altamente prevalentes entre los estudiantes muestran como causal el tratamiento ortodóncico previo.

Peña et al. (19), en 2023, en Cuba, propusieron como objetivo “Determinar los factores asociados a la aparición de recesión gingival en pacientes adultos jóvenes universitarios, en la provincia Santiago de Cuba”. Adoptó el enfoque cuantitativo, observacional, correlacional, no experimental, transversal y descriptivo. Trabajaron con una muestra de 105 jóvenes adultos y se los datos se recolectaron mediante el examen odontológico y la hoja de registro. Los resultados permitieron identificar que el 65.65% presentan recesión gingival asociadas mala higiene dental 76%, cálculos dentales 27%, y la inserción de frenillos 18%. Se concluyó que la recesión gingival en adultos jóvenes está influenciada por diversos factores de riesgo, siendo la principal causa la higiene bucal deficiente.

García et al. (20), en 2022, en México, realizaron un estudio donde el objetivo fue “Establecer la prevalencia y factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales en los alumnos de odontología de la Universidad Veracruzana”. En la investigación emplearon el enfoque cuantitativo, correlacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 150 estudiante. Los instrumentos de recolección empleados fueron la inspección odontológica y la hoja de registro clínico. Los hallazgos encontrados señalaron que 24,79% de los estudiantes presentaron algún tipo de recesión gingival, 53,72% de los estudiantes mostraron un fenotipo fino y 46,28% tenían un fenotipo grueso. Concluyeron que los alumnos con apiñamiento dentario y aquellos que empleaban técnicas de cepillado traumáticas (como la técnica horizontal) mostraron una mayor prevalencia de recesiones gingivales.

Amaro et al. (21), en 2020, en Chile, investigaron como objetivo “Determinar la relación de la prevalencia de recesiones gingivales y los factores asociados en estudiantes de cuarto medio de la ciudad de Valdivia”. A metodología fue de tipo cuantitativa, descriptiva, observacional, no experimental, correlacional y transversal. Utilizaron una

muestra de 310 pacientes y el instrumento fue la hoja de registro según la clasificación Miller. Los resultados arrojaron que la prevalencia de recesiones gingivales fue de 68.4%, la mayoría de los casos correspondieron a la Clase I de Miller (97,7%). La arcada mandibular mostró una mayor prevalencia, con un 64,8%, y los premolares inferiores fueron los dientes más afectados (47,7%). Se concluyó que hay una alta prevalencia de recesiones gingivales, destacando que los estudiantes presentan menor frecuencia de cepillado dental.

### **2.1.2 A Nivel nacional**

Segura & Vásquez (22), en el 2024, Chiclayo, propusieron como objetivo “Identificar los factores vinculados a la recesión gingival en pacientes atendidos en un Centro Odontológico”. Se utilizó el método cuantitativo, no experimental, correlacional, descriptivo y transversal. El instrumento empleado fue ficha de recolección para una muestra de 131 participantes con edades 25 a 35 años. Los hallazgos mostraron RG en el 65%, el factor más relevante asociado fue el cepillado 42% y la prevalencia fue mayor en el sexo femenino 55%. Se concluyó que el factor principal hallado fue la frecuencia de cepillado.

Rodríguez (23) en el 2022, en Lima, propuso como objetivo “Determinar la relación entre los factores asociados y la presencia de recesiones gingivales en pacientes adultos atendidos en el Centro Integral Dental CIES”. Se llevó a cabo un estudio no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional. La muestra incluyó a 384 pacientes entre masculino y femenino, utilizando una ficha para la recolección de datos. Los resultados indicaron que 12,5% presentaron recesión gingival, el factor más común en el 87,5% fue el uso de frenillos. El estudio concluyó que el uso de frenillos se asocia de manera estadísticamente significativa con la aparición de recesiones gingivales en pacientes adultos del CIES.

Osores (24) en el 2020, en Lima, presentó un trabajo para “Determinar la relación entre los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales en individuos de 30 a 60 años atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega”. La investigación empleó la metodología descriptiva, transversal, correlacional y observacional. Para llevar a cabo este proyecto, se empleó una muestra de 46 pacientes y se utilizó una hoja de recolección de datos como instrumento. Los resultados demostraron que 23.9% presentaron la recesión gingival Tipo II, el índice de placa bacteriana en el 23.9% fue considerado regular y asoció con la recesión gingival Tipo II, representando igualmente el 23.9%, la presencia de frenillo aberrante exhibió recesión gingival Tipo III en el 39.1% de los casos. El estudio determinó que el fenotipo periodontal y el índice de placa bacteriana constituyen los factores de riesgo más frecuentes asociados a la recesión gingival.

Aedo (25), en el 2020, en Lima, investigó como objetivo “Establecer la asociación entre recesión gingival y factores de riesgo basado en la clasificación Miller en pacientes de la clínica de la Universidad San Juan Bautista”. Se utilizó la orientación cuantitativa, no experimental, correlacional, descriptiva y transeccional. Para medir las variables empleó el examen clínico y la hoja de registro en una muestra de 121 pacientes con edades de 20 a 45 años. Los resultados indicaron que el 51.2% presentaron entre 1 y 5 recesiones, el biotipo gingival delgado representó el 69.9% de los casos, siendo el primer premolar afectado en un 18.6%, la clasificación Miller mostró 99% en la clase I frente a la clase II y el margen gingival de 1 mm se registró en el 74.4%. Se concluyó que no existe entre la severidad de las recesiones según la clasificación de Miller (I y II) y los factores edad, sexo.

Álvarez (26), en el 2020, en Trujillo, abordó como objetivo “Evaluar la prevalencia de recesión gingival y los factores asociados en pacientes adultos que asisten al Servicio de Odontología de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray y Regional

Docente de Trujillo”. Se empleó el método descriptivo, correlacional, observacional y de corte transversal. Incluyó como muestra a 200 pacientes adultos. Para la recolección de los datos se llevó a cabo un examen clínico siguiendo la Clasificación de Miller y el registro clínico. Se determinó que la prevalencia de recesión gingival hallada en 61% y el grupo etario mayor de 50 años con 87.5%, asociado con el cepillado 67%, uso de frenillos 32% y cálculo dental 28%. Se concluyó existe asociación entre factores de riesgo y recesión gingival.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Variable: Factores asociados**

#### **Conceptualización de factores asociados**

Son todos aquellos elementos, condiciones o circunstancias que influyen o contribuyen al desarrollo, presencia o agravamiento de una determinada condición, enfermedad o fenómeno. En el contexto odontológico, los factores asociados a la recesión gingival pueden incluir aspectos biológicos, mecánicos, anatómicos y conductuales que, en conjunto, afectan la salud y estabilidad de los tejidos periodontales. Dichos factores no operan de manera aislada, sino que interactúan unos con otros para modificar el riesgo y la progresión del problema (27).

Por otra parte, se entienden como características o exposiciones que incrementan la probabilidad de que una persona desarrolle esta alteración periodontal. Estos elementos, que pueden ser de origen mecánico, anatómico, inflamatorio o sistémico, actúan favoreciendo el daño en los tejidos gingivales o contribuyendo a su progresión, aumentando así la vulnerabilidad de los individuos (28).

#### **Percepciones de los principales factores asociados a recesión gingival**

Entre los factores más importantes relacionados con la recesión gingival es el cepillado dental traumático. La aplicación de fuerza excesiva durante la higiene oral, combinada con técnicas inadecuadas como movimientos horizontales repetitivos, genera un impacto directo en el epitelio gingival, lo que puede derivar en la exposición de las raíces dentales. Esta situación se intensifica con el uso de cepillos de cerdas duras, que

no solo aceleran la pérdida progresiva de los tejidos blandos, sino que también contribuyen a agravar la severidad de las recesiones ya existentes (29).

También, se señala que las enfermedades inflamatorias, como la periodontitis, tienen un rol determinante en la aparición y avance de la recesión gingival. La acumulación persistente de placa bacteriana, junto con una inflamación crónica, provoca un daño progresivo en los tejidos de soporte periodontal, lo que finalmente deriva en la pérdida de inserción gingival. Este proceso puede verse agravado por factores anatómicos específicos, como la presencia de encías delgadas, inserciones musculares altas o frenillos anómalos, los cuales aumentan significativamente la susceptibilidad de los tejidos frente a agentes externos e inflamatorios (30).

Por otra parte, otro factor determinante en la severidad de las recesiones gingivales, son las sustancias nocivas, estas alteran la microcirculación gingival, lo que compromete la capacidad de los tejidos para regenerarse y reparar los daños existentes (31). Además, algunas condiciones sistémicas, como el envejecimiento natural son factores significativos en la severidad de la recesión gingival (32).

Señalan de Castro et al., existen diversos factores locales que contribuyen al desarrollo de enfermedades gingivales y periodontales. Entre ellos, destacan como principales la deficiente higiene oral, la acumulación de placa bacteriana, así como la frecuencia y severidad de las afecciones gingivales y periodontales. No obstante, la causa fundamental radica en la matriz bacteriana presente en la placa dental (33).

## **Dimensiones de la variable I: Factores asociados**

### **Dimensión 1: Placa**

La placa bacteriana es una acumulación adherida de microorganismos que se forma sobre las superficies dentales y representa un factor clave en el inicio y desarrollo de enfermedades gingivales y periodontales. Tiene importancia clínica debido a su menor susceptibilidad a los agentes antimicrobianos y a la mayor patogenicidad que pueden desarrollar las comunidades microbianas (34).

Por otra parte, Lázaro indica, que el biofilm es un complejo compuesto por bacterias, productos bacterianos, células epiteliales y restos alimenticios, cuya presencia prolongada en los dientes genera inflamación gingival. La estructura de la biopelícula de la placa dificulta la penetración de estos agentes, mientras que las bacterias adheridas a superficies crecen lentamente, adquiriendo un fenotipo distinto que reduce su sensibilidad a los inhibidores. Además, la placa, como parte de la microflora residente, desempeña un papel natural en el desarrollo de la fisiología y las defensas del huésped (35).

### **Dimensión 2: Cálculos dentarios**

Para Calderón el cálculo dental, también denominado sarro, representa una placa bacteriana mineralizada que se adhiere firmemente a las superficies dentales y radiculares. Este depósito actúa como un factor irritante mecánico, al generar una superficie rugosa que favorece la retención de nuevos depósitos bacterianos. Además, funciona como un reservorio constante de endotoxinas y microorganismos patógenos, contribuyendo significativamente a la progresión de enfermedades periodontales inflamatorias, como la gingivitis y la periodontitis (36).

Por otro lado, Gómez describe los cálculos dentales como formaciones calcificadas compuestas por fosfato cálcico, carbonato cálcico y trazas de magnesio, provenientes de los minerales presentes en la saliva y el fluido crevicular. Estas se adhieren de manera tenaz a las superficies dentales, especialmente en las áreas subgingivales, donde interfieren con la integridad del periodonto. El cálculo dental no solo perpetúa la inflamación crónica del tejido gingival, sino que también contribuye a la destrucción progresiva del aparato de soporte periodontal si no es eliminado mediante procedimientos profesionales como la profilaxis o el alisado radicular (37).

### **Dimensión 3: Iatrogenia**

Se refiere a las alteraciones, lesiones o patologías inducidas en los tejidos gingivales y periodontales como consecuencia de procedimientos clínicos inadecuados o mal ejecutados. Esto puede incluir restauraciones defectuosas, como márgenes sobresalientes o mal ajustados que favorecen la acumulación de placa bacteriana, así como la colocación incorrecta de prótesis fijas o removibles, que generan desequilibrio o presión indebida sobre el periodonto. Estas intervenciones no solo comprometen la salud periodontal, sino que también pueden propiciar recesión gingival, pérdida de inserción clínica y disfunción oclusal (38).

Por su parte, Escobar et al., destacan que los factores iatrogénicos incluyen errores técnicos o negligencia durante procedimientos dentales, tales como tallados excesivos, uso indebido de instrumental quirúrgico o falta de control en el manejo de fuerzas oclusales durante la rehabilitación oral. Estas prácticas pueden provocar trauma mecánico, inflamación crónica y predisposición favoreciendo con la aparición de patologías periodontales como la gingivitis y la periodontitis. Asimismo, señalan que la iatrogenia puede ser consecuencia de un diagnóstico inexacto o planificación terapéutica

deficiente, lo que aumenta el riesgo de comprometer la integridad del tejido periodontal y la estabilidad funcional de la cavidad oral (39).

#### **Dimensión 4: Cepillado traumático**

Según Garcés, el cepillado traumático se refiere a una técnica de higiene oral inadecuada caracterizada por la aplicación excesiva de fuerza o el uso de movimientos agresivos y repetitivos durante el cepillado dental. Este hábito puede causar lesiones físicas en los tejidos blandos, como el epitelio de unión y el tejido conectivo subyacente, lo que frecuentemente deriva en recesión gingival. Además, está asociado con la abrasión del esmalte, especialmente en las áreas cervicales de los dientes, donde se pueden formar defectos en forma de cuña conocidos como lesiones cervicales no cariosas. Estas alteraciones no solo afectan la estética, sino que también pueden generar sensibilidad dental y exponer las superficies radiculares a la acción de ácidos y bacterias, aumentando el riesgo de caries radicular y desgaste adicional (40).

Por su parte, Cornejo amplía este concepto al señalar que el cepillado traumático incluye no solo el uso de un cepillo dental de cerdas rígidas, sino también la falta de conocimiento sobre técnicas de cepillado adecuadas, como los movimientos horizontales vigorosos que dañan los tejidos gingivales y periodontales. Estas prácticas agresivas pueden conducir a la inflamación crónica y a la exposición de las raíces dentales, lo que compromete la funcionalidad del periodonto de inserción y predispone a una mayor acumulación de placa bacteriana en áreas lesionadas (41).

#### **Dimensión 5: Frenillos de inserción larga**

Los frenillos de inserción larga, también denominados frenillos aberrantes o hipertróficos, son bandas fibromusculares que presentan una inserción anómala en una

posición coronal al margen gingival, lo que puede interferir significativamente con la estabilidad y funcionalidad de los tejidos gingivales. Estas estructuras, al estar compuestas principalmente por tejido conjuntivo denso y fibras musculares, generan una tracción excesiva sobre el tejido gingival durante actividades funcionales como el habla, la masticación o la higiene oral, favoreciendo el desplazamiento del margen gingival y contribuyendo al desarrollo de recesión gingival localizada (42).

También, Pérez destaca que los frenillos de inserción alta o larga no solo comprometen la estabilidad de los tejidos periodontales, sino que también pueden dificultar la retención de placa bacteriana en la zona afectada debido a la tracción continua que ejercen sobre el epitelio de unión. Esta condición puede generar inflamación crónica, pérdida de inserción periodontal y, en casos avanzados, puede contribuir a la exposición radicular, aumentando la susceptibilidad a la caries radicular y a la hipersensibilidad dentinaria (43).

En el ámbito clínico, los frenillos de inserción larga son considerados factores etiológicos de la recesión gingival, especialmente en pacientes con biotipo periodontal fino, donde la cantidad de encía adherida es limitada. El tratamiento de esta condición incluye procedimientos quirúrgicos como la frenectomía o frenotomía, que buscan eliminar o modificar la inserción del frenillo para reducir la tracción mecánica (44).

### **Dimensión 6: Edad**

Con respecto a la edad y la recesión de las encías se conoce que con el transcurso del envejecimiento, la probabilidad de experimentar recesión gingival aumenta. Esto ocurre porque, con el tiempo, los tejidos que sostienen los dientes se debilitan y pueden retraerse. Los estudios han demostrado que las personas mayores presentan una mayor

severidad de recesión gingival frente a los jóvenes, lo que sugiere que la edad es un factor clave en este problema dental (45).

Por otra parte, la recesión gingival puede ocurrir en cualquier momento de la vida, se ha observado que es más común y severa en personas a partir de los 40 años. Esto se debe a que, con el tiempo, el tejido gingival pierde su capacidad de regeneración y es más vulnerable a la retracción. Además, otros factores como la posición de los dientes, el grosor de la encía y antecedentes de ortodoncia pueden contribuir a que la recesión sea más pronunciada en la edad adulta (46).

También, se señala que la edad trae consigo varios cambios en la boca, y uno de ellos es la recesión de las encías. A lo largo de los años, factores como la acumulación de placa, el desgaste natural de los tejidos y la exposición prolongada a hábitos como el cepillado agresivo pueden contribuir al retroceso de las encías. Si bien esta condición puede afectar a cualquier persona, se ha observado que es más común y severa en quienes superan los 50 años (47).

### **Dimensión 7: Sexo**

Las investigaciones han demostrado que el sexo puede influir en la gravedad de la recesión de las encías. En general, los hombres tienden a presentar una mayor severidad en comparación con las mujeres. Esto puede estar relacionado con diferencias en el cuidado de la higiene bucal, factores hormonales y una mayor prevalencia de hábitos como el tabaquismo, que afectan la salud gingival (48).

Además, se señala que los hombres suelen ser más propensos a padecer recesión gingival severa. Se cree que esto puede deberse a una menor frecuencia en la visita al dentista, una higiene bucal menos rigurosa y otros factores biológicos que influyen en la respuesta de los tejidos de la boca ante enfermedades periodontales (49).

Igualmente, otras evidencias científicas indican que el sexo es un factor determinante en la progresión de la recesión gingival. En mayor parte de las situaciones, los varones presentan lesiones más avanzadas que las mujeres, posiblemente debido a una combinación de factores hormonales, genéticos y conductuales. Estas diferencias refuerzan la importancia de la prevención y el control periodontal personalizado según cada paciente (50).

### **Teoría de la estética dental e impacto psicosocial**

La teoría no se atribuye de manera formal a un único autor, pero ha sido ampliamente explorada en el campo de la odontología por Edward Angle, a principios del siglo XX, quien destacó la relevancia de la estética dental en la ortodoncia, relacionando la alineación dental con la percepción social y la confianza personal. Posteriormente, investigaciones modernas, como las de Clifford Baron y Stephen Covell, han profundizado en estos conceptos, analizando cómo alteraciones dentales, como la maloclusión o defectos estéticos, influyen en la autoestima, la percepción del atractivo físico y las interacciones sociales (51).

La salud bucodental es un elemento esencial para garantizar una apariencia física atractiva, donde la sonrisa desempeña un rol muy considerado en las dinámicas de interacción social. En este contexto, las alteraciones dentales o faciales suelen ser percibidas por los individuos como un factor negativo que impacta directamente en su autoconcepto. Esta percepción desfavorable puede desencadenar una baja autoestima, limitaciones en las relaciones interpersonales y dificultades para un adecuado desempeño social (52).

En la actualidad, los índices de calidad de vida relacionados con la salud oral reconocen que el cuidado bucal está estrechamente vinculado con el bienestar emocional y social de los pacientes. La sonrisa, como un indicador visible de buena salud física y

social, ha adquirido un valor simbólico que trasciende lo funcional para convertirse en un objetivo estético y de autovaloración (53).

### **2.2.2. Variable: Severidad de recesiones gingivales**

#### **Conceptualización de recesiones gingivales**

La recesión gingival es conocida como el desplazamiento apical de los tejidos gingivales, lo que provoca la exposición de la superficie radicular del diente. Esta condición puede abarcar desde una leve denudación hasta una exposición más extensa del cemento radicular, afectando tanto la estética como la funcionalidad bucal (48).

También, es definida como la migración apical del margen gingival más allá de la unión amelocementaria, pudiendo ser localizada o generalizada, y asociándose a múltiples superficies dentales. Esta afección puede generar hipersensibilidad dental, problemas estéticos visibles, y predisposición a lesiones cervicales cariosas o no cariosas (55).

Desde el punto de vista histológico, la recesión gingival implica la migración del epitelio oral hacia las zonas de tejido conectivo afectado, lo que reduce el flujo sanguíneo local y dificulta los procesos de reparación tisular. Este fenómeno puede estar relacionado con factores etiológicos como la falta de encía queratinizada, técnicas de cepillado traumáticas, restauraciones defectuosas, malposiciones dentales y frenillos en posiciones aberrantes (56).

Además, es considerada una deformidad mucogingival, puede presentarse como una consecuencia de la periodontitis crónica o de lesiones mecánicas y anatómicas. Entre sus manifestaciones clínicas destacan la hipersensibilidad, acumulación de biofilm dental,

sangrado gingival y alteraciones estéticas, afectando significativamente la calidad de vida de los pacientes (57).

### **Proceso de desarrollo de la recesión gingival**

La recesión gingival se forma debido a una interacción compleja de factores predisponentes y desencadenantes. Los factores predisponentes incluyen características anatómicas y fisiológicas como el fenotipo periodontal del paciente, la cantidad limitada de encía queratinizada y malformaciones en los tejidos, como hendiduras o fisuras gingivales. Aunque estos factores no provocan la recesión por sí solos, predisponen a los tejidos a ser más vulnerables (58).

Por otro lado, los factores desencadenantes, como la abrasión causada por técnicas de cepillado dental inadecuadas, la posición incorrecta de los dientes, el trauma oclusal, el bruxismo, los frenillos bucales aberrantes y la inflamación gingival persistente, actúan como catalizadores en el desarrollo del problema, agravando el deterioro periodontal (59).

Asimismo, el inicio de la recesión gingival está asociado frecuentemente con la inflamación incipiente o moderada de los tejidos gingivales, lo que debilita su estructura y favorece su migración apical. Este proceso puede ser exacerbado por fuerzas externas, como un cepillado excesivamente agresivo, movimientos dentales anómalos y el impacto de frenillos bucales en posiciones aberrante (60).

No obstante, la persistencia de estas condiciones, junto con enfermedades periodontales o traumas repetitivos, facilita el retroceso apical del borde gingival y el descubrimiento de la raíz dental, llevando a problemas estéticos, sensibilidad y acumulación de placa en las áreas afectadas (61).

### **Implicancias clínicas de la recesión gingival**

La recesión gingival representa una circunstancia clínica que puede desencadenar diversas complicaciones orales, afectando tanto la salud como la funcionalidad dental. Una de las principales implicancias es la acumulación de placa bacteriana y restos alimenticios en la superficie expuesta de la raíz dental, generando un entorno favorable para el desarrollo de enfermedades periodontales y caries radiculares. Este deterioro en las zonas denudadas compromete la integridad del tejido dental, promoviendo el desgaste del cemento radicular y exponiendo la dentina subyacente (62).

Como resultado de esta exposición, los pacientes pueden experimentar hipersensibilidad cervical, una molestia común que se manifiesta ante estímulos térmicos, químicos o táctiles. En casos más avanzados, el daño progresivo puede provocar hiperemia pulpar, caracterizada por un aumento del flujo sanguíneo en la pulpa dental, e incluso, aunque de manera menos frecuente, evolucionar hacia una pulpitis. Estas implicancias subrayan la importancia de un diagnóstico precoz y un manejo adecuado para prevenir complicaciones más graves y preservar la salud oral (63).

En ese sentido, el acúmulo de placa bacteriana y restos alimenticios en el área denudada expone las superficies radiculares, creando áreas propensas a la retención de placa bacteriana y partículas de alimentos. Estas zonas carecen de protección natural y suelen ser de difícil acceso durante las prácticas de higiene bucal aumentando el riesgo de enfermedades periodontales y deterioro progresivo de los tejidos dentales y gingivales (64).

Por otro lado, la exposición de la raíz del diente como consecuencia de la recesión gingival deja al cemento radicular vulnerable a la actividad de los ácidos liberados por actividad bacteriana en la placa dental. Esto puede provocar la desmineralización de la

estructura radicular, dando lugar a la formación de caries radiculares. Estas lesiones son especialmente preocupantes debido a la baja resistencia del cemento radicular en comparación con el esmalte dental y la rápida progresión de las lesiones en esta zona (65).

Igualmente, el cemento radicular expuesto debido a la recesión gingival es susceptible al desgaste mecánico, principalmente causado por técnicas de cepillado inadecuadas o el uso de cepillos dentales de cerdas duras puede llevar a la pérdida del cemento, dejando la dentina subyacente al descubierto incrementando la susceptibilidad a estímulos externos y a la progresión de lesiones no cariosas, como la abrasión o la abfracción (66).

En cuanto, a la hipersensibilidad cervical in situ se origina en los túbulos dentinarios abiertos, que permiten la transmisión directa de estímulos al nervio pulpar, afectando significativamente la calidad de vida del paciente por el dolor agudo provocado por estímulos térmicos, táctiles, osmóticos o químicos y la sensibilidad exacerbada al frío o al calor, y si no se controla adecuadamente, puede evolucionar hacia estados patológicos más graves (67).

### **Dimensiones de la Severidad de recesiones gingivales**

#### **Dimensión 1: Clase I (clasificación de Miller)**

La clase I se refiere a recesiones gingivales confinadas a la encía queratinizada sin que la pérdida de tejido se extienda más allá de la unión mucogingival. En esta, las papilas interdentes están intactas, lo que permite una recuperación predecible de la cobertura radicular a través de técnicas quirúrgicas específicas (68).

Además, la recesión gingival afecta exclusivamente al margen gingival sin involucrar las estructuras periodontales interdentes. Este tipo de recesión tiene un buen

pronóstico para la regeneración total, siempre que se realice un tratamiento periodontal adecuado y se corrijan los factores causales (69).

### **Dimensión 2: Clase II (clasificación de Miller)**

La Clase II abarca recesiones gingivales que sobrepasan la unión mucogingival, pero sin pérdida de hueso o tejido interdental. Este tipo de recesión puede ser tratado de manera exitosa mediante injertos gingivales libres o injertos de tejido conectivo, logrando una cobertura completa de la raíz expuesta (70).

Por lo tanto, la recesión compromete la encía queratinizada más allá de la unión mucogingival, mientras que las papilas interdenciales se mantienen intactas. Esto permite una cobertura radicular completa con técnicas regenerativas y control de los factores etiológicos, como la fuerza excesiva durante el cepillado (71).

### **Dimensión 3: Clase III (clasificación de Miller)**

En la Clase III la recesión gingival implica una pérdida significativa de tejido tanto en la encía queratinizada como en el tejido de soporte interdental. En este caso, la recesión afecta la papila interdental, lo que dificulta la regeneración completa de los tejidos y puede requerir procedimientos más complejos para el manejo y la cobertura radicular (72).

Además, se asocia con una pérdida considerable de hueso y un desplazamiento apical tanto del margen gingival como de las papilas interdenciales, lo que compromete tanto la función estética como la función periodontal. Los tratamientos quirúrgicos avanzados son necesarios para intentar restaurar la apariencia y la funcionalidad de la zona afectada (73).

#### **Dimensión 4: Clase IV (clasificación de Miller)**

La Clase IV representa la recesión gingival más grave, en la que la pérdida de tejido es extensa y compromete tanto la encía queratinizada como el tejido de soporte, incluyendo una pérdida significativa de hueso y una alteración de las papilas interdentes. Este tipo de recesión es de difícil resolución y generalmente no permite la cobertura completa de la raíz expuesta mediante técnicas convencionales (74).

Además, cuando la recesión gingival es severa, afecta no solo la estética sino también la funcionalidad del área dental afectada, y la pérdida de hueso es extensa. Este tipo de recesión requiere procedimientos quirúrgicos altamente especializados, como injertos óseos o técnicas de regeneración ósea, además de injertos de tejido conectivo, para restaurar el aspecto y la salud periodontal de la zona afectada (75).

#### **Teoría de los biotipos periodontales de Seibert & Lindhe**

Los biotipos periodontales fueron desarrollados principalmente por Seibert y Lindhe, quienes propusieron una clasificación de los tejidos periodontales en función de su grosor y forma. Según esta teoría, los biotipos periodontales pueden ser divididos en varias categorías que reflejan la densidad y resistencia de los tejidos gingivales, tales como biotipos gruesos, delgados, festoneados y planos. La identificación del biotipo periodontal es esencial para predecir cómo responderán los tejidos a diferentes tratamientos dentales, como la ortodoncia o procedimientos quirúrgicos periodontales, ya que un biotipo periodontal delgado puede ser más susceptible a desarrollar recesiones gingivales debido a su mayor fragilidad, mientras que un biotipo grueso, con encías más densas y fibrosas, tiene una mayor capacidad de resistencia a la pérdida de tejido (76).

La recesión gingival puede ser caracterizada a través de los biotipos periodontales, ya que los individuos con biotipos de encía delgada son más propensos a sufrir recesiones gingivales tras tratamientos dentales invasivos. Además, las encías delgadas son menos resistentes a los factores traumáticos, como el cepillado agresivo o las ortodónticas, lo que puede causar que el margen gingival se desplace hacia abajo, exponiendo la raíz del diente. En cambio, los biotipos gruesos tienen una mayor capacidad de adaptación y protección contra la recesión, ya que sus encías son más resistentes y cubren de manera más efectiva la superficie dental (77).

### **2.3. Formulación de hipótesis**

#### **2.3.1 Hipótesis general**

**Hi:** Los factores asociados se relacionan estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Ho:** Los factores asociados no se relacionan estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

#### **2.3.2 Hipótesis específicas**

**HE1:** La dimensión placa se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**HE2:** La dimensión cálculos dentarios se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**HE3:** La dimensión iatrogenia se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**HE4:** La dimensión cepillado traumático se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**HE5:** La dimensión frenillos de inserción larga se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**HE6:** La dimensión edad se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**HE7:** La dimensión sexo se relacionan estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Método de la investigación**

Se utilizó el método hipotético-deductivo, el cual se basa en la lógica utilizada para comprender los fenómenos, avanzando desde conceptos generales hacia casos particulares. Este enfoque permite construir conocimientos fundamentados en la teoría y los datos, aplicándolos posteriormente a situaciones concretas para su análisis y comprensión (78).

### **3.2 Enfoque de la investigación**

El estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo caracterizado por utilizar un razonamiento deductivo, apoyándose en herramientas estadísticas. Este facilita analizar, medir y determinar la relación existente entre las dos variables estudiadas, permitiendo alcanzar los objetivos propuestos en la investigación (79).

### **3.3 Tipo de investigación**

Se consideró el tipo aplicada, pues se orienta a la producción de saberes prácticos mediante la identificación, análisis y organización sistemática del problema estudiado (80).

### **3.4 Diseño de la investigación**

#### **3.4.1. Diseño**

Utilizó el diseño investigativo no experimental, ya que se centró en la observación y análisis del fenómeno tal como ocurre en su entorno natural, sin intervenir ni modificar las variables involucradas (81).

### 3.4.2. Corte

El estudio tuvo un corte transversal, recopilando información en un único punto en el tiempo con el objetivo de describir, medir y examinar las relaciones existentes entre las variables (82).

### 3.4.3. Nivel

Se empleó un nivel correlacional, idóneo para analizar la conexión y posible relación causa-efecto entre factores asociados y severidad de recesiones gingivales (83).

## 3.5 Población, muestra y muestreo

### Población

Se entiende como el total de individuos o elementos que poseen características en común y constituyen el foco del estudio (84). En este estudio, la población fue de 121 pacientes, con edades entre 25 y 45 años, que recibieron atención en la clínica de la Universidad Norbert Wiener durante el año 2025.

### Muestra

Se define como un subconjunto representativo de la población, compuesto por individuos que poseen las mismas características del grupo total, lo que permite que este segmento refleje adecuadamente las propiedades del universo estudiado (85). Para determinar el tamaño de la muestra probabilística en una población finita, se hizo uso de la fórmula adecuada. En este caso, se obtuvo los siguientes resultados:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

n= tamaño de la muestra

Z= a nivel de confianza 95% (1.96)

N= población 121

p= probabilidad de éxito (0.5)

q=Probabilidad de fracaso (0.5)

Cálculo de muestra para la población total

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 121}{0.05^2 (121 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 92$$

n= 92 muestra

Por lo tanto, la muestra quedó conformada por 92 pacientes, todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

### **Muestreo**

Se efectuó un muestreo aleatorio simple, donde la selección de la muestra otorga a cada elemento la misma probabilidad de ser elegidos. Este enfoque garantiza que todas las combinaciones posibles de la muestra tengan la misma oportunidad de ser seleccionadas, lo que minimiza los sesgos y asegura que los resultados sean representativos (86).

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- ✓ Paciente atendido en la clínica de la Universidad Norbert Wiener.
- ✓ Paciente con historia clínica completa
- ✓ Paciente con edades entre 25 a 45 años
- ✓ Paciente con diagnóstico de recesión gingival
- ✓ Paciente que otorgó su consentimiento informado por escrito

#### **Criterios de exclusión**

- ✓ Pacientes con historias clínicas incompletas
- ✓ Pacientes menores de 25 y mayores de 45 años

✓ Pacientes con diagnósticos de otras enfermedades periodontales distintas a la recesión gingival

✓ Paciente que no firmó el consentimiento informado

### 3.6 Variables y operacionalización

**Tabla 1**

*Operacionalización de variables*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles y rangos)
<b>Factores asociados</b>	Son elementos o condiciones que contribuyen al desplazamiento del margen gingival desde su posición original en la unión cemento-esmalte. Su acción puede favorecer la exposición radicular, generar sensibilidad dental y aumentar el riesgo de caries en las superficies radiculares expuestas (87).	La variable será medida por factor presente y no presente (88).	Placa	1. Presencia de placa 2. Cantidad de placa	Nominal	Presente (Si) No presente (No)
			Cálculos dentarios	1. Cantidad de cálculo 2. Localización del cálculo		
			Iatrogenia	1. Estado de restauraciones		
			Cepillado traumático	1. Técnica de cepillado		
			Frenillos de inserción larga	1. Altura de inserción 2. Tensión del frenillo		
<b>Severidad de recesiones gingivales</b>	Consiste en la migración apical del borde gingival a lo largo de la superficie radicular, lo que deja la raíz expuesta y más susceptible a factores externos (89).	Se medirá por la clasificación de Miller en clase I, Clase II, Clase III y Clase IV (90).	Clase I	1. No va más allá de la línea mucogingival 2. Va más allá de la línea mucogingival sin pérdida de hueso 3. Va más allá de la línea mucogingival con pérdida de hueso 4. Pérdida severa de hueso	Ordinal	Clase I (Recesión leve) Clase II (Recesión moderada) Clase III (Recesión avanzada) Clase IV (Recesión severa)
			Clase II			
			Clase III			
			Clase IV			
			Edad			
Sexo	1. Masculino 2. Femenino					

### 3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.7.1 Técnica

Con el propósito de obtener la información requerida en este estudio se recurrió a dos técnicas principales: la observación y la encuesta. La observación, entendida como una herramienta metodológica sistemática, permitió el registro directo de las manifestaciones clínicas y en torno a los factores que se asocian con la recesión gingival en la población de estudio. Al no depender de la percepción del participante, esta técnica garantiza un nivel elevado de objetividad y precisión en la recopilación de datos (91).

La encuesta, por su parte, se seleccionó por su practicidad y eficiencia en la obtención de información complementaria sobre los sujetos (91). La recolección de datos se efectuó mediante una ficha de registro como instrumento, es un documento que recopila datos esenciales sobre el estado de salud de un paciente, basado en el historial médico, síntomas, diagnósticos, tratamientos aplicados y su evolución a lo largo del tiempo (92).

Los instrumentos que se emplearon para evaluar fueron: la ficha de registro de factores asociados a recesiones gingivales (88) para la variable factores asociados y la ficha de registro de recesión gingival-clasificación MILLER la severidad de la recesión gingival (90).

#### 3.7.2 Descripción de instrumentos

##### **Instrumento de la variable 1: Ficha de registro de factores asociados a recesiones gingivales**

<b>FICHA TÉCNICA</b>	
<b>Nombre del instrumento</b>	Ficha de registro de factores asociados a recesiones gingivales
<b>Autor</b>	Gencio en el 2023

<b>Contexto de aplicación original</b>	Clínica Odontológica de Arequipa, en consulta privada con población adulta.
<b>Objetivo</b>	Evaluar los factores de riesgo locales vinculados con la recesión gingival en población adulta.
<b>Dimensiones evaluadas</b>	Placa dentobacteriana, Cálculo dental, Iatrogenia, Cepillado traumático y Frenillos de inserción larga
<b>Estructura</b>	Primera parte: Registro de datos generales (edad, género, número de pieza dental evaluada) Segunda parte: Registro dicotómico (presencia/ausencia) de los cinco factores asociados a la recesión gingival.
<b>Tipo de instrumento</b>	Ficha de registro estructurada
<b>Forma de aplicación</b>	Aplicada directamente en la consulta odontológica, a través de observación clínica y registro sistemático.

### Instrumento de la variable 2: Ficha de registro de recesión gingival-

#### Clasificación MILLER

<b>FICHA TÉCNICA</b>	
<b>Nombre del instrumento</b>	Ficha de registro de recesión gingival – Clasificación de Miller
<b>Autor</b>	Rodríguez en el 2022
<b>Contexto de aplicación original</b>	Centro Integral Dental de Salud de Lima, en pacientes adultos.
<b>Objetivo</b>	Evaluar el nivel de recesión gingival en piezas dentarias de personas adultas atendidas, de acuerdo con la clasificación de Miller.
<b>Dimensiones evaluadas</b>	Clase I: Recesión gingival que no llega a la unión mucogingival, sin pérdida de tejido interproximal.  Clase II: Recesión gingival que sobrepasa la unión mucogingival, sin pérdida de tejido interproximal.  Clase III: Recesión gingival que sobrepasa la unión mucogingival, con pérdida de tejido interproximal o malposición dentaria.  Clase IV: Recesión gingival severa, con pérdida ósea y de tejido interproximal marcada, acompañada de malposición dentaria severa.
<b>Estructura</b>	Registro del número de pieza dentaria evaluada.  Clasificación según una de las cuatro categorías propuestas por Miller (Clase I, II, III o IV).
<b>Tipo de instrumento</b>	Ficha de registro clínica estandarizada.
<b>Forma de aplicación</b>	Aplicada mediante observación clínica directa y registro de la clasificación correspondiente a cada pieza dentaria.

### 3.7.3 Validación

El proceso de evaluación del instrumento se llevó a cabo con la participación de cinco jueces expertos, especializados en cirugía dental y rehabilitación oral, con grados de licenciatura y formación de maestría y doctorado; quienes indicaron que los instrumentos cumplen con los requisitos para poder ser aplicado, tal como se muestra en la tabla 2. (Ver anexo3).

**Tabla 2**  
*Jueces validadores*

<b>Jurado especialista</b>	<b>Factores asociados a recesiones gingivales</b>	<b>Recesión gingival según clasificación de Miller</b>
<b>Lic. Juan Alberto Minas</b> Cirujano Dentista	Aprobado	Aprobado
<b>Lic., Jorge Castro</b> Cirujano Dentista	Aprobado	Aprobado
<b>Mg. Sara Morante</b> Especialista en Rehabilitación Oral	Aprobado	Aprobado
<b>Lic. Miguel Chinchay</b> Cirujano Dentista	Aprobado	Aprobado
<b>Dra. Villacorta Mariela</b> Cirujano Dentista	Aprobado	Aprobado

Posteriormente, en la determinación de la validez, se empleó el coeficiente V de Aiken, que permite medir la pertinencia de cada uno de los ítems, con relación al contenido y los valores oscilan entre 0 y 1. Fueron considerados los criterios de: pertinencia, relevancia y claridad de contenido. Se puede evidenciar en la tabla 3. (Ver anexo 3).

**Tabla 3**  
*V-Aiken*

<b>Instrumento</b>	<b>Criterio</b>	<b>Puntuaciones</b>	<b>V-Aiken Global</b>
<b>Factores asociados a recesiones gingivales</b>	Pertinencia (1.0)	Placa (1.00)	<b>0.97</b>
	Relevancia (1.0)	Cálculos dentarios (1.00)	
	Claridad (0.9)	Iatrogenia (1.00)	
		Cepillado traumático (0.93) Frenillos de inserción larga (0.93)	
<b>Recesión gingival según clasificación de Miller</b>	Pertinencia (1.0)	Recesión gingival (pieza 3.3) (1.00)	<b>1.00</b>
	Relevancia (1.0)	Recesión gingival (pieza 3.2) (1.00),	
		Recesión gingival (pieza 3.1) (1.00),	
		Recesión gingival (pieza 4.1) (1.00)	
		Recesión gingival (pieza 4.2) (1.00)	
		Recesión gingival (pieza 4.3) (1.00)	
Claridad (1.0)			

### **3.7.4 Confiabilidad**

La fiabilidad de los instrumentos fue determinada mediante una prueba piloto aplicada a 6 participantes pertenecientes a la misma población de estudio, pero excluidos de la muestra final de 16 sujetos. Para analizar la consistencia de las respuestas entre evaluadores, se empleó el coeficiente Kappa de Cohen, obteniéndose, para el instrumento 1, Ficha de Registro de factores asociados a las recesiones gingivales el valor 0.781, lo que demuestra un alto nivel de fiabilidad, asegurando la consistencia del instrumento para su uso en la investigación.

Con respecto, al instrumento 2, Ficha de Registro de Recesión Gingival basada en la Clasificación de Miller. El valor fue de 0.674, indicador de una confiabilidad muy alta, que respalda la estabilidad y consistencia del instrumento utilizado.

Este resultado demuestra que los instrumentos poseen una fiabilidad sólida, ya que dicho coeficiente se obtiene comparando el grado de acuerdo observado entre evaluadores con el acuerdo esperado por azar, permitiendo confirmar que las mediciones son estables y reproducibles (ver anexo 4).

### **3.8 Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el software estadístico SPSS versión 25.0. Inicialmente, se realizó la depuración de la base de datos, verificando la ausencia de valores atípicos, inconsistencias y registros incompletos. Posteriormente, se efectuó la codificación de todas las variables categóricas correspondientes a los factores asociados y a la severidad de las recesiones gingivales según la Clasificación de Miller.

Una vez depurada y codificada la información, los datos fueron organizados en

matrices de frecuencia y exportados a Microsoft Excel, donde se elaboraron tablas y gráficos descriptivos que facilitaron la visualización preliminar de los resultados. Este proceso permitió garantizar la correcta estructuración de la base de datos, así como la estandarización necesaria para su análisis estadístico.

Para el análisis inferencial, se empleó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), dado que tanto los factores asociados como la severidad de las recesiones gingivales corresponden a variables de naturaleza categórica. Esta prueba permitió determinar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre cada uno de los factores locales evaluados (placa dentobacteriana, cálculo dental, iatrogenia, cepillado traumático, frenillo de inserción larga, edad y sexo) y el grado de severidad de la recesión gingival.

Asimismo, se calcularon medidas de significancia basadas en un nivel de confianza del 95% ( $p < 0.05$ ) para la validación de las hipótesis específicas y la hipótesis general. Este procedimiento estadístico aseguró la confiabilidad, precisión y replicabilidad del análisis, permitiendo interpretar los resultados con rigurosidad científica y facilitando su comparación con investigaciones futuras.

### **3.9 Aspectos éticos**

El desarrollo de la investigación se enmarcó en principios éticos que se fundamentaron en las directrices de la Universidad Norbert Wiener y en los códigos éticos profesionales de odontología, los cuales incluyen los valores de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia (93).

La autonomía garantizó el respeto por las decisiones y la privacidad del diagnóstico y datos de los pacientes, asegurando que su participación en el estudio fuese voluntaria y basada en un consentimiento informado adecuado. La justicia permitió que

la recolección de datos se realizara de manera equitativa, sin discriminación, y que todos tuvieran la misma oportunidad de ser incluidos en el estudio. La beneficencia promovió el bienestar de los pacientes y la comunidad mediante la recopilación de datos para contribuir a mejorar los procedimientos relacionados con su salud oral. La no maleficencia evitó cualquier daño, protegiendo la información personal y asegurando que el uso de los datos obtenidos no causara perjuicios a su salud o bienestar (94).

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Resultados

#### 4.1.1 Análisis descriptivos de resultados

Los datos se analizaron utilizando métodos descriptivos. Los resultados se presentan de una manera visual, utilizando gráficos de barras para ayudar con la interpretación, así como tablas de frecuencias y porcentajes para los resultados.

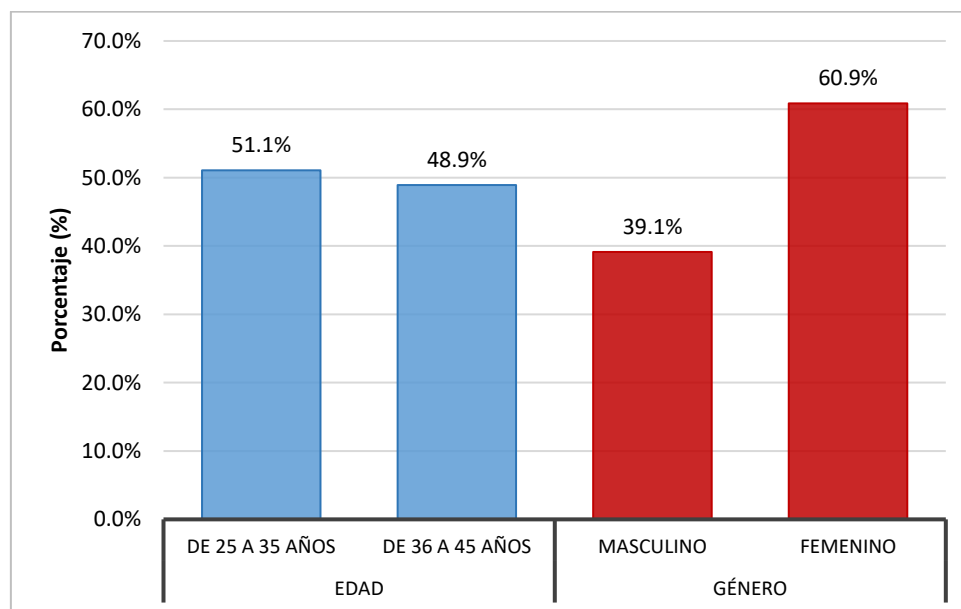
**Tabla 4**

*Datos demográficos de la muestra seleccionada*

Características demográficas (n = 92)		Frecuencia	Porcentaje
Edad	De 25 a 35 años	47	51.1%
	De 36 a 45 años	45	48.9%
Género	Masculino	36	39.1%
	Femenino	56	60.9%
Min. 25 años		Máx. 45 años	
Edad media ± DS		35.01 años ± 0.730	

**Figura 1**

*Datos demográficos de los participantes*



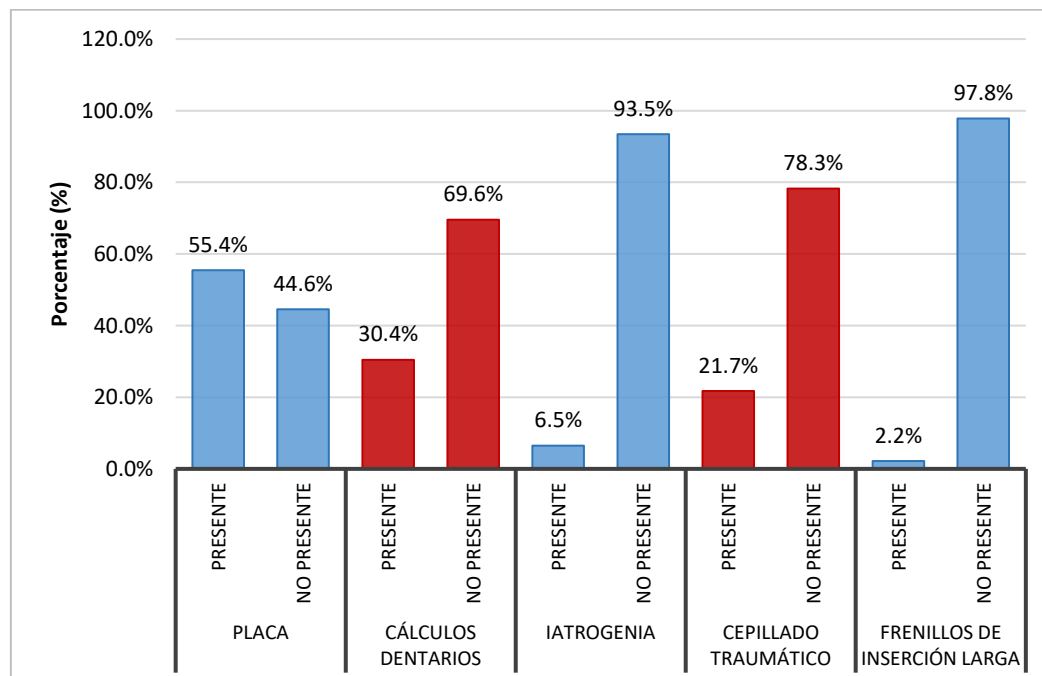
**Interpretación:** En la tabla 4 y figura 1 se puede observar la distribución de las características demográficas de los pacientes evaluados que recibieron atención en la clínica de la Universidad Norbert Wiener durante el año 2025. Se comprobó que el grupo

etario más frecuente de atención fue de 25 a 35 años (51.1%). Asimismo, según el género la mayor parte de los pacientes atendidos fueron mujeres (60.9%) y sólo un 39.1% de hombres.

**Tabla 5**  
*Resultados de los factores asociados*

Factores asociados (n = 92)	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Placa	Presente	51	55.4%
	No presente	41	44.6%
Cálculos dentarios	Presente	28	30.4%
	No presente	64	69.6%
Iatrogenia	Presente	6	6.5%
	No presente	86	93.5%
Cepillado traumático	Presente	20	21.7%
	No presente	72	78.3%
Frenillos de inserción larga	Presente	2	2.2%
	No presente	90	97.8%

**Figura 2**  
*Resultados de los factores asociados*



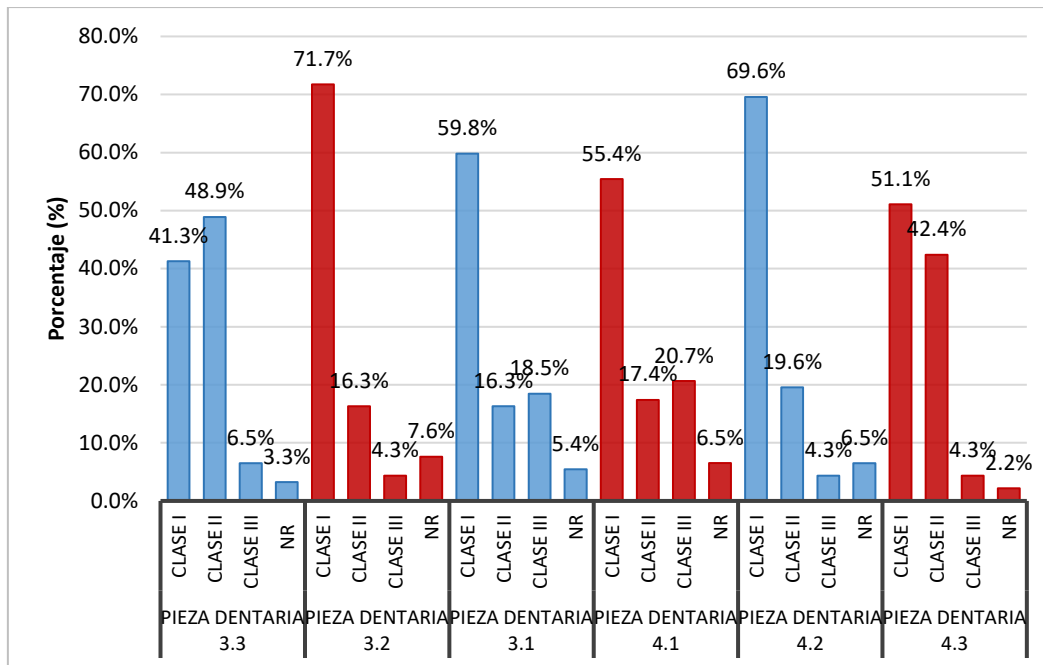
**Interpretación:** En cuanto a los factores asociados, en la tabla 5 y figura 2 se puede evidenciar que el 55.4% de los pacientes evaluados en el servicio odontológico

presentan placa dental. Sin embargo, se muestra que un 30.4% presenta cálculos dentarios. Además, sólo el 6.5% presenta iatrogenia. Un 21.7% presenta un cepillado traumático. Mientras que un porcentaje pequeño (2.2%), presenta frenillos de inserción larga.

**Tabla 6**  
*Resultados de la severidad de recesiones gingivales*

<b>Severidad de recesiones gingivales (n = 92)</b>	<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Pieza dentaria 3.3	Clase I	38	41.3%
	Clase II	45	48.9%
	Clase III	6	6.5%
	NR	3	3.3%
Pieza dentaria 3.2	Clase I	66	71.7%
	Clase II	15	16.3%
	Clase III	4	4.3%
	NR	7	7.6%
Pieza dentaria 3.1	Clase I	55	59.8%
	Clase II	15	16.3%
	Clase III	17	18.5%
	NR	5	5.4%
Pieza dentaria 4.1	Clase I	51	55.4%
	Clase II	16	17.4%
	Clase III	19	20.7%
	NR	6	6.5%
Pieza dentaria 4.2	Clase I	64	69.6%
	Clase II	18	19.6%
	Clase III	4	4.3%
	NR	6	6.5%
Pieza dentaria 4.3	Clase I	47	51.1%
	Clase II	39	42.4%
	Clase III	4	4.3%
	NR	2	2.2%

**Figura 3**  
Resultados de la severidad de recesiones gingivales



**Interpretación:** En la tabla 6 y figura 3 se describe la severidad de las recesiones gingivales presentes en los pacientes evaluados según la pieza dentaria. Se evidencia que la pieza dentaria 3.3 (canino inferior izquierdo), en el 48.9% de los pacientes la recesión gingival fue de Clase II. Asimismo, la pieza dentaria 3.2 (incisivo lateral inferior izquierdo), en el 71.7% de los pacientes fue de Clase I. Con respecto a la pieza dentaria 3.1 (incisivo central inferior izquierdo), tuvo una severidad gingival Clase I con un 59,8%. La pieza dentaria 4.1 (incisivo central inferior derecho), tuvo un 55.4% de recesión Clase I. Asimismo, la pieza dentaria 4.2 (incisivo lateral inferior derecho), tuvo una recesión Clase I en el 69.6% de los pacientes evaluados. Mientras que la pieza dentaria 4.3 (canino inferior derecho), con un 51.1% tuvo una recesión gingival Clase I.

### 4.1.2 Prueba de hipótesis

#### Hipótesis específica 1

**HE1:** La dimensión placa se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Ho1:** No existen relación estadísticamente significativa entre la dimensión placa y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Tabla 7**

*Dimensión placa asociada a la severidad de recesiones gingivales*

Severidad de recesiones gingivales		Dimensión placa				Chi Cuadrado de Pearson	p-valor
		Presente		No presente			
Clasificación Miller		f	%	f	%		
Pieza dentaria 3.3	Clase I	22	23.9%	16	17.4%	12.758	<b>0.009</b>
	Clase II	25	27.2%	20	21.7%		
	Clase III	3	3.3%	3	3.3%		
	NR	1	1.1%	2	2.2%		
Pieza dentaria 3.2	Clase I	39	42.4%	27	29.3%	15.368	<b>0.015</b>
	Clase II	8	8.7%	7	7.6%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	4	4.3%	3	3.3%		
Pieza dentaria 3.1	Clase I	30	32.6%	25	27.2%	10.229	<b>0.004</b>
	Clase II	9	9.8%	6	6.5%		
	Clase III	9	9.8%	8	8.7%		
	NR	3	3.3%	2	2.2%		
Pieza dentaria 4.1	Clase I	29	31.5%	22	23.9%	11.352	<b>0.002</b>
	Clase II	8	8.7%	8	8.7%		
	Clase III	11	12.0%	8	8.7%		
	NR	3	3.3%	3	3.3%		
Pieza dentaria 4.2	Clase I	36	39.1%	28	30.4%	15.534	<b>0.001</b>
	Clase II	11	12.0%	7	7.6%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	4	4.3%	2	2.2%		
Pieza dentaria 4.3	Clase I	28	30.4%	19	20.7%	11.890	<b>0.044</b>
	Clase II	21	22.8%	18	19.6%		
	Clase III	1	1.1%	3	3.3%		
	NR	1	1.1%	1	1.1%		

**Interpretación:** en la Tabla 7 se muestran los resultados de la dimensión placa dental respecto a la severidad de recesiones gingivales, evaluadas en los pacientes que recibieron atención en la clínica odontológica de la Universidad Norbert Wiener. Según la clasificación Miller, la pieza dentaria 3.3. de los pacientes con 27.2% de placa presente, tuvo una recesión gingival Clase II. Por su parte, la pieza dentaria 3.2 de pacientes con placa presente en el 42.4%, tuvo una recesión gingival Clase I. Asimismo, la pieza dentaria 3.1, con presencia de placa en un 32.6%, se catalogó como Clase I. Con respecto a la pieza dentaria 4.1 con 31.5% de placa presente, la pieza dentaria 4.2 con placa presente en un 39.1% y la pieza dentaria 4.3 con 30.4% de placa presente, tuvieron una recesión gingival Clase I respectivamente.

Asimismo, el cálculo del Chi-cuadrado de Pearson para la dimensión placa asociada con la severidad de las recesiones, fueron significativos ( $p$  valor  $< 0,05$ ); por lo tanto, se rechaza hipótesis nula  $H_0$ 1 aceptando la hipótesis alterna  $HE_1$ , es decir, que existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión placa y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica docente de Lima Metropolitana 2025.

### **Hipótesis específica 2**

**HE2:** La dimensión cálculos dentarios se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**H<sub>0</sub>2:** No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cálculos dentarios y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Tabla 8***Dimensión cálculos dentarios asociados a la severidad de recesiones gingivales*

Severidad de recesiones gingivales		Dimensión cálculos dentarios				Chi Cuadrado de Pearson	p-valor
		Presente		No presente			
Clasificación Miller		f	%	f	%		
Pieza dentaria 3.3	Clase I	6	6.5%	32	34.8%	9.9877	<b>0.019</b>
	Clase II	16	17.4%	29	31.5%		
	Clase III	4	4.3%	2	2.2%		
	NR	2	2.2%	1	1.1%		
Pieza dentaria 3.2	Clase I	13	14.1%	53	57.6%	16.962	<b>0.001</b>
	Clase II	7	7.6%	8	8.7%		
	Clase III	4	4.3%	0	0.0%		
	NR	4	4.3%	3	3.3%		
Pieza dentaria 3.1	Clase I	12	13.0%	43	46.7%	15.496	<b>0.001</b>
	Clase II	2	2.2%	13	14.1%		
	Clase III	11	12.0%	6	6.5%		
	NR	3	3.3%	2	2.2%		
Pieza dentaria 4.1	Clase I	9	9.8%	42	45.7%	14.649	<b>0.002</b>
	Clase II	4	4.3%	12	13.0%		
	Clase III	11	12.0%	8	8.7%		
	NR	4	4.3%	2	2.2%		
Pieza dentaria 4.2	Clase I	15	16.3%	49	53.3%	11.779	<b>0.008</b>
	Clase II	6	6.5%	12	13.0%		
	Clase III	4	4.3%	4	4.3%		
	NR	3	3.3%	6	6.5%		
Pieza dentaria 4.3	Clase I	7	7.6%	40	43.5%	16.932	<b>0.001</b>
	Clase II	16	17.4%	23	25.0%		
	Clase III	4	4.3%	0	0.0%		
	NR	1	1.1%	1	1.1%		

**Interpretación:** la Tabla 8 muestran los resultados de la dimensión cálculos dentarios respecto a la severidad de recesiones gingivales evaluadas en los pacientes. Según la clasificación Miller, la pieza dentaria 3.3. de los pacientes con 17.4% de cálculo dentario presente, tuvo una recesión gingival Clase II. Por su parte, la pieza dentaria 3.2 de pacientes con cálculo dentario presente en el 14.1%, tuvo una recesión gingival Clase I. Asimismo, la pieza dentaria 3.1, con presencia de cálculo dentario en un 13%, se catalogó como Clase I. Con respecto a la pieza dentaria 4.1 con 12% de cálculo dentario presente, tuvo una recesión gingival Clase III. La pieza dentaria 4.2 con cálculo dentario presente en un 16.3% fue catalogada Clase I. Mientras que, la pieza dentaria 4.3 con 17.4% de cálculo dentario presente, tuvo una recesión gingival Clase II.

En consecuencia, las diferencias observadas en el cálculo del Chi-cuadrado de Pearson para la dimensión cálculo dentario asociada con la severidad de las recesiones, fueron significativos ( $p$  valor  $< 0,05$ ); por lo tanto, se rechaza hipótesis nula  $H_02$  aceptando la hipótesis alterna  $HE2$ , es decir, que existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cálculos dentarios y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

### Hipótesis específica 3

**HE3:** La dimensión iatrogenia se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Ho3:** No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión iatrogenia y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Tabla 9**

*Dimensión iatrogenia asociada a la severidad de recesiones gingivales*

Severidad de recesiones gingivales		Dimensión Iatrogenia				Chi Cuadrado de Pearson	$p$ -valor
		Presente		No presente			
Clasificación Miller		f	%	f	%		
Pieza dentaria 3.3	Clase I	2	2.2%	36	39.1%	1.140	0.767
	Clase II	4	4.3%	41	44.6%		
	Clase III	0	0.0%	6	6.5%		
	NR	0	0.0%	3	3.3%		
Pieza dentaria 3.2	Clase I	2	2.2%	64	69.6%	6.761	0.080
	Clase II	3	3.3%	12	13.0%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	1	1.1%	6	6.5%		
Pieza dentaria 3.1	Clase I	0	0.0%	55	59.8%	12.107	<b>0.007</b>
	Clase II	3	3.3%	12	13.0%		
	Clase III	3	3.3%	14	15.2%		
	NR	0	0.0%	5	5.4%		
Pieza dentaria 4.1	Clase I	0	0.0%	51	55.4%	10.578	<b>0.014</b>
	Clase II	3	3.3%	13	14.1%		
	Clase III	3	3.3%	16	17.4%		

	NR	0	0.0%	6	6.5%		
Pieza dentaria 4.2	Clase I	2	2.2%	62	67.4%	9.187	<b>0.027</b>
	Clase II	4	4.3%	14	15.2%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	0	0.0%	6	6.5%		
Pieza dentaria 4.3	Clase I	2	2.2%	45	48.9%	6.964	0.073
	Clase II	3	3.3%	36	39.1%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	1	1.1%	1	1.1%		

**Interpretación:** la tabla 9 muestra los resultados de la dimensión iatrogenia en función de la severidad de recesiones gingivales evaluadas en pacientes. El valor de  $p$  ( $< 0.05$ ) fue significativo solamente para tres piezas dentarias evaluadas. La pieza dentaria 3.1 de pacientes con iatrogenia presente en el 3.3%, tuvo una recesión gingival Clase II y Clase III, respectivamente. Asimismo, la pieza dentaria 4.1, con presencia de iatrogenia en un 3.3%, se catalogó como Clase II y Clase III en ambos casos. Además, la pieza dentaria 4.2 con iatrogenia presente en un 4.3%, tuvo una severidad gingival de Clase II.

En este sentido, las variaciones observadas en el cálculo del Chi-cuadrado de Pearson para la dimensión iatrogenia (presente en tres piezas dentarias), asociadas a la severidad de recesiones, fueron significativos ( $p$  valor  $< 0,05$ ); por lo tanto, se rechaza hipótesis nula  $H_03$  aceptando la hipótesis alterna  $HE3$ , es decir, que existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión iatrogenia y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

#### **Hipótesis específica 4**

**HE4:** La dimensión cepillado traumático se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Ho4:** No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cepillado traumático y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de

la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Tabla 10**

*Dimensión cepillado traumático asociado a la severidad de recesiones gingivales*

Severidad de recesiones gingivales		Dimensión cepillado traumático				Chi Cuadrado de Pearson	p-valor
		Presente		No presente			
Clasificación Miller		f	%	f	%		
Pieza dentaria 3.3	Clase I	14	15.2%	24	26.1%	9.464	<b>0.024</b>
	Clase II	6	6.5%	39	42.4%		
	Clase III	0	0.0%	6	6.5%		
	NR	0	0.0%	3	3.3%		
Pieza dentaria 3.2	Clase I	18	19.6%	48	52.2%	4.866	0.182
	Clase II	2	2.2%	13	14.1%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	0	0.0%	7	7.6%		
Pieza dentaria 3.1	Clase I	14	15.2%	41	44.6%	3.043	0.385
	Clase II	4	4.3%	11	12.0%		
	Clase III	2	2.2%	15	16.3%		
	NR	0	0.0%	5	5.4%		
Pieza dentaria 4.1	Clase I	14	15.2%	37	40.2%	4.149	0.246
	Clase II	4	4.3%	12	13.0%		
	Clase III	2	2.2%	17	18.5%		
	NR	0	0.0%	6	6.5%		
Pieza dentaria 4.2	Clase I	18	19.6%	46	50.0%	5.507	0.138
	Clase II	2	2.2%	16	17.4%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	0	0.0%	6	6.5%		
Pieza dentaria 4.3	Clase I	16	17.4%	31	33.7%	8.871	<b>0.031</b>
	Clase II	4	4.3%	35	38.0%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	0	0.0%	2	2.2%		

**Interpretación:** en la Tabla 10 se muestra la dimensión cepillado traumático respecto a la severidad de recesiones gingivales, evaluadas en los pacientes que recibieron atención en la clínica odontológica docente Lima Metropolitana. En este caso, la pieza dentaria 3.3 con cepillado traumático presente en 15.2% de los pacientes, tuvo recesión gingival de Clase I. Mientras que la pieza dentaria 4.3 con cepillado traumático presente en 17.4% de los pacientes, tuvo recesión gingival de Clase I.

Por consiguiente, las diferencias observadas en el cálculo del Chi-cuadrado de Pearson para la dimensión cepillado traumático (presente en dos piezas dentarias),

asociadas a la severidad de recesiones, fueron significativos ( $p$  valor  $< 0,05$ ); por lo tanto, se rechaza hipótesis nula Ho4 aceptando la hipótesis alterna HE4, es decir, que existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cepillado traumático y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

### Hipótesis específica 5

**HE5:** La dimensión frenillos de inserción larga se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Ho5:** No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión frenillos de inserción larga y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Tabla 11**

*Dimensión frenillos de inserción larga asociado a la severidad de recesiones gingivales*

Severidad de recesiones gingivales	Clasificación Miller	Dimensión frenillos de inserción larga				Chi Cuadrado de Pearson	p-valor
		Presente		No presente			
		f	%	f	%		
Pieza dentaria 3.3	Clase I	1	1.1%	37	40.2%	4.867	0.193
	Clase II	0	0.0%	45	48.9%		
	Clase III	0	0.0%	6	6.5%		
	NR	1	1.1%	2	2.2%		
Pieza dentaria 3.2	Clase I	1	1.1%	65	70.7%	5.385	0.146
	Clase II	0	0.0%	15	16.3%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	1	1.1%	6	6.5%		
Pieza dentaria 3.1	Clase I	1	1.1%	54	58.7%	1.945	0.584
	Clase II	1	1.1%	14	15.2%		
	Clase III	0	0.0%	17	18.5%		
	NR	0	0.0%	5	5.4%		
Pieza dentaria 4.1	Clase I	0	0.0%	51	55.4%	5.711	0.212
	Clase II	2	2.2%	14	15.2%		
	Clase III	0	0.0%	19	20.7%		
	NR	0	0.0%	6	6.5%		
Pieza dentaria 4.2	Clase I	1	1.1%	63	68.5%	6.527	0.089
	Clase II	0	0.0%	18	19.6%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	1	1.1%	5	5.4%		

Pieza dentaria 4.3	Clase I	1	1.1%	46	50.0%	2.467	0.423
	Clase II	0	0.0%	39	42.4%		
	Clase III	0	0.0%	4	4.3%		
	NR	1	1.1%	1	1.1%		

**Interpretación:** los resultados de la Tabla 11 muestran que no hay asociación entre la dimensión frenillos de inserción larga con la severidad de recesiones gingivales en los pacientes evaluados, ya que los valores obtenidos no mostraron una significancia estadística. En este contexto, las diferencias observadas en el cálculo del Chi-cuadrado de Pearson para la dimensión frenillos de inserción larga, fueron no significativos ( $p$  valor  $> 0,05$ ); por lo tanto, se rechaza hipótesis alterna HE5, es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión frenillos de inserción larga y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

### Hipótesis específica 6

**HE6:** La dimensión edad se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Ho6:** No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión edad y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Tabla 12**

*Dimensión edad asociada a la severidad de recesiones gingivales*

Severidad de recesiones gingivales Clasificación Miller		Edad				Chi Cuadrado de Pearson	$p$ -valor
		De 25 a 35 años		De 36 a 45 años			
		f	%	f	%		
Pieza dentaria 3.3	Clase I	22	23.9%	16	17.4%	2.461	0.482
	Clase II	20	21.7%	25	27.2%		
	Clase III	4	4.3%	2	2.2%		
	NR	1	1.1%	2	2.2%		

Pieza dentaria 3.2	Clase I	37	40.2%	29	31.5%	3.28	0.350
	Clase II	7	7.6%	8	8.7%		
	Clase III	1	1.1%	3	3.3%		
	NR	2	2.2%	5	5.4%		
Pieza dentaria 3.1	Clase I	33	35.9%	22	23.9%	6.909	0.075
	Clase II	8	8.7%	7	7.6%		
	Clase III	5	5.4%	12	13.0%		
	NR	1	1.1%	4	4.3%		
Pieza dentaria 4.1	Clase I	30	32.6%	21	22.8%	5.043	0.169
	Clase II	9	9.8%	7	7.6%		
	Clase III	6	6.5%	13	14.1%		
	NR	2	2.2%	4	4.3%		
Pieza dentaria 4.2	Clase I	37	40.2%	27	29.3%	4.077	0.253
	Clase II	7	7.6%	11	12.0%		
	Clase III	1	1.1%	3	3.3%		
	NR	2	2.2%	4	4.3%		
Pieza dentaria 4.3	Clase I	26	28.3%	21	22.8%	0.72	0.869
	Clase II	18	19.6%	21	22.8%		
	Clase III	2	2.2%	2	2.2%		
	NR	1	1.1%	1	1.1%		

**Interpretación:** en la Tabla 12 se muestra que la dimensión edad respecto a la severidad de recesiones gingivales en los pacientes evaluados, no tienen relación ya que los valores obtenidos no mostraron ninguna significancia estadística. No obstante, se puede decir que las recesiones gingivales Clase I evaluadas en diferentes piezas dentarias (3.2 = 40.2%, 3.1 = 35.9%, 4.1 = 32.6%, 4.2 = 40.2%, 4.3 = 28.3%), corresponden en su mayoría a pacientes con edades entre 25 a 35 años, mientras que sólo la pieza dentaria 3.3 con recesión gingival Clase II (27.2%), fueron de pacientes entre 36 a 45 años.

En ese sentido, las diferencias observadas en el cálculo del Chi-cuadrado de Pearson para la dimensión edad, fueron no significativos ( $p$  valor  $> 0,05$ ); por lo tanto, se rechaza hipótesis alterna HE6, es decir, no existen relación estadísticamente significativa entre la dimensión edad y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

### Hipótesis específica 7

**HE7:** La dimensión sexo se relacionan estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Ho7:** No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión sexo y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Tabla 13**

*Dimensión sexo asociado a la severidad de recesiones gingivales*

Severidad de recesiones gingivales		Sexo				Chi Cuadrado de Pearson	p-valor
		Masculino		Femenino			
Clasificación Miller		f	%	f	%		
Pieza dentaria 3.3	Clase I	14	15.2%	24	26.1%	2.630	0.452
	Clase II	20	21.7%	25	27.2%		
	Clase III	2	2.2%	4	4.3%		
	NR	0	0.0%	3	3.3%		
Pieza dentaria 3.2	Clase I	28	30.4%	38	41.3%	2.455	0.484
	Clase II	6	6.5%	9	9.8%		
	Clase III	1	1.1%	3	3.3%		
	NR	1	1.1%	6	6.5%		
Pieza dentaria 3.1	Clase I	26	28.3%	29	31.5%	3.952	0.267
	Clase II	4	4.3%	11	12.0%		
	Clase III	5	5.4%	12	13.0%		
	NR	1	1.1%	4	4.3%		
Pieza dentaria 4.1	Clase I	23	25.0%	28	30.4%	2.506	0.474
	Clase II	6	6.5%	10	10.9%		
	Clase III	6	6.5%	13	14.1%		
	NR	1	1.1%	5	5.4%		
Pieza dentaria 4.2	Clase I	27	29.3%	37	40.2%	1.858	0.602
	Clase II	7	7.6%	11	12.0%		
	Clase III	1	1.1%	3	3.3%		
	NR	1	1.1%	5	5.4%		
Pieza dentaria 4.3	Clase I	19	20.7%	28	30.4%	1.525	0.677
	Clase II	15	16.3%	24	26.1%		
	Clase III	2	2.2%	2	2.2%		
	NR	0	0.0%	2	2.2%		

**Interpretación:** en la Tabla 13 se muestra que la dimensión sexo respecto a la severidad de recesiones gingivales en los pacientes evaluados, no tienen relación ya que los valores obtenidos no mostraron ninguna significancia estadística. No obstante, se

puede decir que las recesiones gingivales Clase I evaluadas en diferentes piezas dentarias (3.2 = 41.3%, 3.1 = 31.5%, 4.1 = 30.4%, 4.2 = 40.2%, 4.3 = 30.4%), la pieza dentaria 3.3. (27.2%) con recesión gingival Clase II, correspondieron a pacientes femeninos.

De esta manera, las diferencias observadas en el cálculo del Chi-cuadrado de Pearson para la dimensión sexo, fueron no significativos ( $p$  valor  $> 0,05$ ); por lo tanto, se rechaza hipótesis alterna HE7, es decir, no existen relación estadísticamente significativa entre la dimensión sexo y la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

### Hipótesis general

Hi: Los factores asociados se relacionan estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

Ho: Los factores asociados no se relacionan estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**Tabla 14**

*Resumen de factores asociados con la severidad de recesiones gingivales*

<b>V1: Factores asociados</b>	<b>V2: Severidad de recesiones gingivales</b>	<b>Hipótesis</b>	<b><math>p</math> - valor</b>
Dimensión placa	Clasificación Miller: Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV	Acepta	< 0.05
Dimensión cálculos dentarios		Acepta	
Dimensión iatrogenia		Acepta	
Dimensión cepillado traumático		Acepta	> 0.05
Dimensión frenillo de inserción larga		Rechaza	
Dimensión edad		Rechaza	
Dimensión sexo		Rechaza	

**Interpretación:** En la tabla 14 se puede observar que, de todos los factores

asociados que se evaluaron, la dimensión placa, la dimensión cálculos dentarios, la dimensión iatrogenia y la dimensión cepillado traumático, tuvieron una significancia  $< 0.05$  por lo que se aceptaron las hipótesis propuestas. En el caso de la dimensión frenillo de inserción larga, la edad y el sexo de los pacientes evaluados, la hipótesis planteada fue rechazada, debido que los valores de significancia fueron mayores  $p > 0.05$ .

Por consiguiente, los resultados observados muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre los factores: placa, cálculos dentarios, iatrogenia y cepillado traumático con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

#### **4.1.3 Discusión de resultados**

Los hallazgos permiten determinar una relación significativa entre las dimensiones evaluadas (placa, cálculos dentarios, iatrogenia y cepillado traumático), con en p-valor  $< 0.05$ , lo que llevó a aceptar la hipótesis propuesta de investigación afirmando que: Existe relación estadísticamente significativa entre los factores asociados y la severidad de recesiones gingivales. Sin embargo, el p-valor fue mayor a 0.05 para las dimensiones: frenillo de inserción larga, edad y sexo, por tal motivo, estas dimensiones no se asocian con la severidad de recesiones gingivales.

Además, entre los datos demográficos predominaron la edad de 25 a 35 años con 51.1% y 60.9% son del sexo femenino. Con respecto a los factores asociados el factor predominante es la placa bacteriana 55.4%, sin cálculos dentarios 69.6%, sin presencia 93.5% de Iatrogenia, sin síntomas de cepillado traumático 78.3% y en el 97.8% no hay presencia de frenillos de inserción larga. Con respecto a la severidad de recesiones gingivales se determinó en la pieza 3.3 (canino inferior izquierdo) recesión moderada clase II en el 48.9%, en la pieza 3.2 (incisivo lateral inferior izquierdo) predominancia de

recesión clase I en el 71.7% y en la pieza 3.1 (incisivo central inferior izquierdo) recesión clase I en el 59.8%.

Este resultado concuerda con el estudio de Segura & Vásquez (22), donde el cepillado fue identificado como el factor más relevante, y también con García et al. (17), que reportaron una alta prevalencia de recesión gingival, donde el uso de técnicas de cepillado como la Bass modificada y el tipo de cepillo fueron factores determinantes. Asimismo, el hallazgo de que la placa bacteriana fue el factor más predominante y refuerza el vínculo de la higiene bucal con la progresión de la recesión gingival.

En contraste, factores como edad, sexo y frenillo de inserción larga no mostraron una relación estadísticamente significativa con la severidad de las recesiones. Este resultado coincide con Aedo (25), donde no se encontró relación entre la edad y el sexo con la severidad de las recesiones según la clasificación de Miller. Sin embargo, y Cavieres et al. (18), que identificaron el tratamiento ortodóncico previo como un factor fuertemente relacionado con la recesión.

Respecto a la clasificación de la severidad, los resultados de señalaron mayor frecuencia de recesión clase II en el canino inferior izquierdo (3.3), lo cual coincide con Cavieres et al. (18) donde se mencionan como piezas de mayor severidad los caninos (3.3, 4.3 y 1.3). Sin embargo, difiere del estudio Aedo (25), en el que se reportó una prevalencia mucho mayor de clase I y afectación predominante del primer premolar.

Con respecto al objetivo específico 1, que determinó una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de placa bacteriana y la severidad de la recesión gingival, especialmente en la pieza 4.2 ( $\text{Chi}^2 = 15.534$ ,  $p = 0.001$ ), revela una relación fuerte entre este factor local y el grado de afectación periodontal. Este hallazgo coincide con lo señalado por diversos antecedentes.

Peña et al. (19) sostiene que en adultos jóvenes la recesión gingival está principalmente influenciada por una higiene bucal deficiente, siendo la placa bacteriana un factor causal determinante. Esto refuerza la idea de que el control deficiente del biofilm dental puede desencadenar procesos inflamatorios que resultan en pérdida de tejido gingival.

De manera concordante, Osorio (24) también respalda estos hallazgos al identificar que los factores de riesgo más comunes asociados a la recesión gingival son el fenotipo periodontal y el índice de placa bacteriana, confirmando que la acumulación de placa, en niveles incluso considerados "regulares", puede tener un impacto clínico importante en la salud periodontal.

Sin embargo, hay una discrepancia parcial al comparar la ubicación de las piezas dentarias más afectadas. En el presente estudio, la pieza 4.2 (incisivo lateral inferior derecho) mostró la asociación más significativa entre placa y severidad. Mientras tanto, Cavieres et al. (18) encontró mayor frecuencia de recesiones en las piezas 1.6, 3.4, 2.6 y 4.1, lo que podría atribuirse a diferencias en la muestra estudiada o en los hábitos de higiene específicos de las poblaciones analizadas.

En relación con el objetivo específico 2, los resultados del presente estudio señalan que la pieza dentaria 4.3 (canino inferior derecho) mostró el valor más alto de  $\chi^2 = 16.932$ , lo cual indica una fuerte asociación entre la presencia de cálculos dentarios y la severidad de la recesión gingival en esta región. Este hallazgo subraya la relevancia de los depósitos calcificados como un factor de riesgo localizado que potencia el daño periodontal en dientes específicos.

Esta evidencia es coherente con Peña et al. (19), los cuales señalan que los cálculos dentales representan un factor involucrado en la recesión gingival y están directamente

relacionados con una higiene bucal deficiente. Dicha relación fortalece la hipótesis de que la acumulación de cálculo facilita la inflamación crónica del periodonto, especialmente en pacientes con prácticas inadecuadas de higiene.

Asimismo, se encuentran similitudes con los hallazgos de Amaro et al. (21), al reportar una alta prevalencia de recesiones gingivales (64.8%) y una mayor afectación en premolares inferiores localización anatómicamente cercana a la pieza 4.3. Este resultado sugiere que las superficies linguales o vestibulares de dientes posteriores inferiores son especialmente vulnerables al acúmulo de cálculo debido a factores como el flujo salival o la dificultad de acceso durante la higiene.

De igual modo, los resultados se alinean con el estudio de Álvarez (26), en el que se reportó prevalencia de recesión asociada a cálculo dental en personas mayores de 50 años, indicando que este factor se mantiene significativo en distintos grupos etarios y que contribuye de manera consistente a la pérdida de inserción gingival.

No obstante, se observa una discrepancia parcial en cuanto al grupo dentario más afectado. Mientras el presente estudio destaca la pieza 4.3, Amaro et al. (21) enfatizan el impacto en los premolares inferiores. Esta diferencia podría atribuirse a la variabilidad en los criterios de inclusión, técnicas de medición clínica o diferencias anatómicas y funcionales propias de cada muestra poblacional.

Para el objetivo específico 3, los resultados obtenidos muestran que la pieza 3.1 (incisivo central inferior izquierdo) presentó el valor más alto de  $\text{Chi}^2 = 12.107$  con un p-valor significativo (0.007), lo cual indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de iatrogenia y la severidad de la recesión gingival en esta región dentaria. Este resultado sugiere que las intervenciones clínicas inadecuadas, como restauraciones mal adaptadas o técnicas operatorias traumáticas, podrían estar

contribuyendo al deterioro gingival en esta pieza específica.

Al comparar estos hallazgos con investigaciones previas, se observan algunas semejanzas y discrepancias. Cavieres et al. (18), indicaron que los dientes más frecuentemente afectados por recesiones fueron los 1.6, 3.4, 2.6 y 4.1, lo cual difiere del presente estudio, donde el diente más afectado por la asociación con iatrogenia fue el 3.1. Esta discrepancia puede explicarse por diferencias en los hábitos de higiene, el acceso a tratamientos odontológicos o las prácticas clínicas a las que estuvo expuesta la población estudiada.

Por otro lado, los resultados de Amaro et al. (21), coinciden al reportar una alta prevalencia de recesión gingival siendo la Clase I de Miller la más común, similar a la clasificación predominante observada en la presente investigación. Esto sugiere que muchas de las recesiones asociadas a iatrogenias pueden ser tempranas o moderadas, aunque progresivas si no se controlan los factores desencadenantes. Además, Rodríguez (23) indica que existe una cantidad significativa de pacientes adultos con recesión gingival, que se relaciona directamente con iatrogenias.

Respecto al objetivo específico 4, los resultados evidenciaron que la pieza dentaria 3.3 (canino inferior izquierdo) presentó el valor  $\text{Chi}^2$  más alto (9.464,  $p = 0.024$ ), lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre el cepillado traumático y la severidad de la recesión gingival. Este hallazgo subraya el impacto negativo que pueden tener las técnicas inadecuadas de higiene oral sobre la integridad del tejido gingival, especialmente en piezas anatómicamente prominentes como los caninos.

Los resultados coinciden con lo reportado por García et al. (17), donde se identificó una alta prevalencia de recesión gingival tipo 1 (RT1), siendo el factor uso de cepillos de cerdas suaves y ciertas técnicas de cepillado como la técnica de Bass

modificada. Si bien en este antecedente se sugiere una técnica teóricamente adecuada, se resalta que su mala ejecución también puede derivar en efectos negativos, lo cual guarda relación con la conclusión del presente estudio sobre el riesgo de un cepillado inapropiado.

También, García et al. (20), encontraron una fuerte concordancia con el estudio al señalar que estudiantes con apiñamiento dentario y aquellos que empleaban técnicas de cepillado traumáticas como la horizontal, presentaban una mayor prevalencia de recesiones gingivales, especialmente en individuos con fenotipo gingival fino, característica común en la región mandibular anterior, donde se encuentra la pieza 3.3.

Por otra parte, el estudio de Amaro et al. (21) respalda parcialmente cuando afirman que la arcada mandibular mostró una mayor prevalencia de recesiones, aunque lo atribuye a una menor frecuencia de cepillado dental. Esta diferencia constituye una discrepancia menor, pues mientras el presente estudio destaca la fuerza del cepillado traumático como causa directa, pero lo relaciona más con la falta de higiene, lo que sugiere que tanto el exceso como la deficiencia en la técnica pueden afectar negativamente la encía.

Además, Segura & Vásquez (22) mostraron que el cepillado fue el factor más relevante asociado a la recesión gingival, especialmente en el sexo femenino, lo cual es congruente con la distribución demográfica del presente estudio, donde también predominó la población femenina.

En cuanto al objetivo específico 5, se determinó que, en todas las piezas dentarias evaluadas, los valores de Chi Cuadrado de Pearson no alcanzaron significancia estadística (todos los p-valores fueron mayores a 0.05). El valor más alto de  $\chi^2$  (6.527), arrojó un  $p = 0.089$ , lo cual, aunque cercano al umbral de significancia, sigue siendo insuficiente

para establecer una relación concluyente.

El resultado muestra una clara semejanza con lo encontrado por Cavieres et al. (18) quien reportó que las piezas 3.3, 4.3 y 1.3 fueron las de mayor severidad en términos de recesión gingival. Aunque en el presente estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de frenillos de inserción larga y la severidad de la recesión, es relevante notar que estas piezas, por su ubicación anterior y prominencia, también son zonas donde suelen insertarse frenillos.

En esa misma línea, Osoreo (24) relacionó la recesión gingival tipo II con factores traumáticos locales, incluyendo la presencia de frenillos aberrantes, especialmente en el sector anterior mandibular. Este hallazgo complementa la tendencia observada en el presente estudio, aunque sin alcanzar significancia estadística.

Por otro lado, García et al. (17), identificaron a la recesión tipo 1 (RT1) como la más frecuente, lo que coincide con los hallazgos actuales, donde las recesiones en piezas con o sin frenillo fueron predominantemente leves. Asimismo, Amaro et al. (21) reportaron que la mayoría de los casos correspondieron a la clase I de Miller, lo que también se observa en las piezas evaluadas del presente estudio, independientemente de la presencia del frenillo. Esto refuerza la hipótesis de que la retracción gingival en etapas iniciales no siempre está asociada a un único factor anatómico, como el frenillo, sino que responde a un conjunto de elementos clínicos y funcionales.

En cambio, presenta discrepancia con el estudio de Aedo (25) quien encontró que el primer molar fue la pieza más afectada, lo cual podría deberse a variaciones anatómicas o diferencias en la técnica de cepillado. Esta discrepancia también sugiere que la influencia del frenillo de inserción larga puede ser más relevante en la zona anterior, mientras que otros factores predominan en el sector posterior.

Con respecto al objetivo específico 6, los resultados mostraron que la pieza dentaria 3.1 (incisivo central inferior izquierdo) presentó el valor  $\text{Chi}^2 = 6.909$  ( $p = 0.075$ ). Aunque no se alcanzó significancia estadística, se identificó una tendencia clínica relevante entre la variable edad (25 a 35 años) y la severidad de recesiones gingivales, lo que sugiere que esta población podría ser susceptible a presentar recesiones, especialmente en el sector anterior mandibular.

Este resultado coincide con Cavieres et al. (18), quienes identificaron una alta frecuencia de recesiones en pacientes de 25 a 30 años, además reportaron que las piezas más comprometidas por severidad fueron 3.3, 4.3 y 1.3, anatómicamente cercanas a la pieza 3.1 y señalan una afectación marcada en la región anterior mandibular en personas jóvenes.

Asimismo, se observa concordancia con Peña et al. (19), quienes resaltan la presencia de recesión gingival en adultos jóvenes, asociada a factores como higiene inadecuada y condiciones anatómicas particulares. De manera similar, Segura & Vásquez (22), hallaron recesión gingival en edades de 25 a 35 años, grupo coincidente con la muestra del presente estudio, lo que sugiere que esta franja etaria representa un período crítico donde los efectos de factores mecánicos o anatómicos pueden comenzar a manifestarse.

Por otra parte, Amaro et al. (21), también observaron prevalencia de recesión gingival, especialmente en premolares inferiores, en pacientes con edades entre 30 y 35 años, lo que indica una tendencia común en distintas poblaciones dentro de ese rango etario. Sin embargo, se presenta una discrepancia en la localización anatómica afectada, ya que en dicho estudio los premolares fueron los más comprometidos, mientras que en el presente análisis fue la pieza 3.1.

En contraste, Osoreo (24) reportó recesiones gingivales de tipo II y III en edades entre 30 y 60 años, lo que podría implicar una evolución progresiva del daño gingival con el tiempo, sin evidenciar necesariamente un impacto marcado en los más jóvenes, como sí sugiere el presente estudio. Sin embargo, Álvarez (26) determinó mayor prevalencia en el grupo etario mayor de 50 años, lo que contrasta con los hallazgos actuales que apuntan a una tendencia temprana en adultos jóvenes, aunque sin significancia estadística.

También, Aedo (25) encontró que personas entre 20 y 45 años presentaban de 1 a 5 recesiones, siendo el biotipo gingival delgado y los primeros premolares los más afectados, lo cual difiere del presente estudio en la pieza dentaria específica (3.1), pero coincide en la edad y la cantidad de recesiones encontradas en pacientes jóvenes.

Para el objetivo específico 7, los resultados indicaron que la pieza 3.1 (incisivo central inferior izquierdo) presentó un valor  $\text{Chi}^2$  de 3.952 con un p-valor de 0.267, lo cual no fue estadísticamente significativo. Esto implica que no existe una asociación significativa entre el sexo y la severidad de la recesión gingival en las piezas evaluadas.

Se observa una discrepancia clara con Segura & Vásquez (22) quienes reportaron una mayor prevalencia de recesión gingival en el sexo femenino. Este hallazgo contrasta con los resultados del presente estudio, donde no se identificó relación significativa por sexo.

Asimismo, Rodríguez (23) señala que el uso de frenillos y la presencia de recesión gingival tuvieron mayor incidencia en mujeres, lo que refuerza la idea de que podría haber una predisposición anatómica o comportamental en ese grupo. No obstante, en el presente estudio, ni el sexo ni la variable frenillo demostraron asociación significativa con la severidad de la recesión, lo cual constituye una diferencia importante con lo reportado en esa investigación.

De forma similar, Osorez (24) demostró que la presencia de frenillos aberrantes estaba asociada a recesión gingival tipo III en mujeres, lo cual sugiere una interacción entre factores anatómicos y género. Sin embargo, este tipo de recesión avanzada no fue predominante en la presente muestra.

Por otro lado, Aedo (25) también encontró que no existe una relación entre la severidad de las recesiones (clasificación de Miller I y II) y factores como sexo o edad, lo cual sí coincide con los hallazgos actuales. Esta convergencia valida la posibilidad de que el sexo no sea un factor determinante por sí solo, sino que su efecto pueda depender de la interacción con otras variables como el biotipo periodontal, hábitos de higiene o antecedentes ortodóncicos.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

1. Los resultados permitieron concluir, para el objetivo general, que existe una

asociación estadísticamente significativa entre la severidad de las recesiones gingivales y los factores locales como placa bacteriana, cálculos dentarios, iatrogenia y cepillado traumático, evidenciando su influencia directa en el desarrollo y progresión de esta condición periodontal. Por el contrario, no se encontró asociación significativa con variables como frenillo de inserción larga, edad y sexo, lo que sugiere que estos factores no tienen un impacto determinante en la severidad de las recesiones en la muestra analizada. Con respecto a la severidad, se observó que la pieza 3.3 presentó una recesión moderada de tipo clase II, mientras que las piezas 3.2 y 3.1 mostraron una mayor prevalencia de recesiones leves tipo clase I, conforme a la clasificación de Miller.

2. Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de placa bacteriana y la severidad de la recesión gingival, con mayor predominancia en la pieza 4.2.

3. Se encontró asociación significativa entre la presencia de cálculos dentarios y la severidad de las recesiones gingivales, siendo la pieza 4.3 la más comprometida.

4. Los hallazgos revelaron una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de iatrogenia y la severidad de la recesión gingival, siendo la pieza 3.1 la más afectada.

5. Los resultados permitieron establecer una asociación estadísticamente significativa entre el cepillado traumático y la severidad de la recesión gingival, siendo la pieza 3.3 la más afectada.

6. No se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de frenillos de inserción larga y la severidad de las recesiones gingivales en las piezas analizadas. Aunque se observaron algunas diferencias los frenillos de inserción larga no

constituyen un factor significativamente asociado a la severidad de las recesiones gingivales.

7. Los resultados no mostraron una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la severidad de las recesiones gingivales; sin embargo, se evidenció una tendencia clínica relevante en el grupo de edad entre 25 y 35 años, con afectación predominante en la pieza 3.1.

8. Los resultados indican que no hay una asociación estadística entre el sexo y la severidad de la recesión gingival, siendo la pieza 3.1 la que presenta el valor mayor sin significancia. Este resultado sugiere que el sexo, por sí mismo, no constituye un factor determinante en la aparición o progresión de las recesiones gingivales en las piezas analizadas.

## **5.2. Recomendaciones**

1. Se recomienda capacitar al personal clínico en técnicas no invasivas y en procedimientos operatorios cuidadosos, así como orientar a los pacientes sobre el uso

adecuado del cepillo dental y técnicas de cepillado no agresivas.

2. Se recomienda fortalecer las estrategias sobre el uso adecuado del hilo dental y la periodicidad en las visitas odontológicas. Asimismo, se sugiere implementar controles clínicos periódicos enfocados en piezas con mayor susceptibilidad anatómica, como los incisivos y premolares, a fin de prevenir la progresión de la recesión gingival desde etapas iniciales. La inclusión de sesiones de profilaxis profesional y monitoreo de la higiene oral debe formar parte del plan preventivo individualizado.

3. Se recomienda establecer protocolos estrictos de profilaxis periódica y desincrustación subgingival en pacientes con tendencia a la acumulación de cálculo. Es esencial reforzar la educación del paciente sobre la importancia del mantenimiento periodontal, así como capacitar al personal de salud bucal en la detección temprana y el tratamiento eficaz de depósitos calcificados, especialmente en sectores anatómicamente vulnerables.

4. Se recomienda implementar un enfoque clínico más riguroso en la planificación y ejecución de tratamientos odontológicos restauradores y periodontales. Es fundamental que los profesionales reciban capacitación continua en técnicas mínimamente invasivas y en el diseño adecuado de restauraciones, evitando desbordes, márgenes mal adaptados o manipulaciones traumáticas del tejido gingival.

5. Se recomienda implementar programas educativos dirigidos a modificar hábitos de higiene oral que resulten perjudiciales. Es prioritario instruir a los pacientes sobre el uso correcto del cepillo dental (tipo, presión y técnica), evitando movimientos horizontales agresivos que comprometan el margen gingival.

6. Se recomienda una evaluación clínica individualizada de la estructura

anatómica, especialmente en pacientes con signos de tracción o molestias durante la higiene oral y que las decisiones quirúrgicas como la frenectomía, se basen en criterios clínicos específicos y no solo en la presencia del frenillo.

7. Se recomienda realizar evaluaciones periódicas en esta población, especialmente en el sector anterior mandibular, a fin de detectar signos tempranos de recesión. Asimismo, fortalecerse la educación sobre higiene oral y factores de riesgo mecánicos o funcionales que podrían predisponer al desarrollo de recesiones.

8. Se recomienda enfocar las estrategias de prevención y diagnóstico periodontal en factores clínicos y conductuales más relevantes, como son hábitos de higiene oral, presencia de cálculo, técnica de cepillado y iatrogenia, independientemente del género del paciente.

## REFERENCIAS

1. Valencia A, Alvarado L, Arzola M, Hernández G, Santamaría M, Martínez A. tratamiento de recesiones gingivales múltiples en sector anterosuperior con el uso de matriz dérmica acelular, antecedentes y reporte de un caso. [Internet]. Salud & Vida Sipanense. 2022; 9(2): 35-49. [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.26495/svs.v9i2.2316>
2. Azuero K, Muñoz T. Efectos de la hipersensibilidad dentaria asociada con la recesión gingival. [Internet]. Brazilian Journal of Health Review. 2023; 6(6): 28538-28556. [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-157>
3. Ashfaq M, Sadiq A, Sukhia R, Fida M. Association of hard and soft tissue factors with gingival recession in orthodontically treated patients: a retrospective study. [Internet]. International Orthodontics. 2021; 19(1): 60-66. [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ortho.2020.12.001>
4. Robo I, Heta S, Lasku G, Ostreni V. Gingival recession and attachment loss: Cross-sectional and retrospective data of 10 years. [Internet]. Journal of Advanced Periodontology & Implant Dentistry. 2021; 13(1): 22. [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.34172/japid.2021.007>
5. Relvas M, López P, Monteiro L, Pacheco J, Braga A, Salazar F. Study of prevalence, severity and risk factors of periodontal disease in a Portuguese population. [Internet]. Journal of clinical medicine. 2022; 11(13): 3728. [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm11133728>

6. Celis B, Sanz J, Verdasco C, Yañez. M, Martin C. Incidence of Gingival Recessions in Adolescent Orthodontic Patients Treated With Fixed Appliances and Lingual Retainer. [Internet]. Journal of Clinical Periodontology. 2025. [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.14097>
7. Ortiz M. Salud bucal en América Latina: Desafíos por afrontar. [Internet]. Revista Latinoamericana de Difusión Científica. 2024; 6(11): 142-156. [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.38186/difcie.611.09>
8. Strauss F, Marruganti C, Romandini M, Cavalla F, Neira P, Jiménez F, Gamonal J. Epidemiology of mid-buccal gingival recessions according to the 2018 Classification System in South America: Results from two population-based studies. [Internet]. Journal of Clinical Periodontology. 2023; 50(10): 1336-1347. [Consultado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13847>
9. Romito G, Collins J, Hassan M, Benítez C, Contreras A. Burden and impact of periodontal diseases on oral health-related quality of life and systemic diseases and conditions: Latin America and the Caribbean Consensus 2024. [Internet]. Brazilian Oral Research. 2024; 38(1): e117. [Consultado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2024.vol38.0117>
10. Martignon S, Roncalli A, Álvarez E, Aránguiz V, Feldens C, Buzalaf M. Risk factors for dental caries in Latin American and Caribbean countries. [Internet]. Brazilian oral research. 2021; 35(1): e053. [Consultado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0053>
11. Pineda L, Ramos A, Sarduy L, Rodríguez L. Recesión periodontal y factores asociados en adolescentes. [Internet]. Jorcienciapdcl. 2024. [Consultado el 22 de enero

de 2025]. Disponible en:

<https://jorcienciapdc1.sld.cu/index.php/jorgecienciapdc12024/2024/paper/viewFile/655/1006>

12. Castro Y, Grados S. Frecuencias e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. [Internet]. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2020; 10(3): 135-140. [Consultado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.09.004>.

13. Turpo J. Relación entre los tipos de frenillos labiales superiores y a presencia de recesiones gingivales en pacientes adultos del centro odontológico Rehabilitaoral, en el período enero a marzo 2021. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Norbert Weiner; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5692>

14. Lozano H, Vásquez J. Asociación entre el biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos del Puesto de Salud CLAS “La Esperanza” - Huancayo, 2023. [Tesis de Grado en Odontología]. Perú: Universidad Continental; 2023. Disponible en: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13363/1/IV\\_FCS\\_503\\_TE\\_Lozano\\_Vasquez\\_2023.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13363/1/IV_FCS_503_TE_Lozano_Vasquez_2023.pdf)

15. Cárdenas J, Casanova D, Ruiz N, Mieles M. Autopercepción de la estética dental e impacto psicosocial en adultos. [Internet]. Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional. 2023; 8(4): 1954-1965. [Consultado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>

16. Tello D, Flores C, Cañar G, Morocho Á. Métodos para determinar el biotipo periodontal: Una revisión de la literatura. [Internet]. Rev. Estomatol. Herediana. 2021;

31(4): 289-294. [Consultado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v31i4.4097>.

17. García A, Pacheco Y, Mayoral V, Granillo R. Prevalencia y posibles factores predisponentes de recesiones gingivales. [Internet]. REVISTA DE INVESTIGACIÓN. 2024; 4(1): 16-21. [Consultado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: [https://revistaodontologica.com/assets/pdf/Rev390\\_E11653.pdf#page=17](https://revistaodontologica.com/assets/pdf/Rev390_E11653.pdf#page=17)

18. Cavieres B, Cuellar E, Nally M, Anwandter A, Ortuño D. Factores asociados a prevalencia de recesiones gingivales en alumnos de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes en 2022. [Internet]. Medwave. 2024; 24(8): 1-8. [Consultado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.medwave.cl/medios/investigacion/estudios/2784/medwave\\_2023\\_2784-b.pdf](https://www.medwave.cl/medios/investigacion/estudios/2784/medwave_2023_2784-b.pdf)

19. Peña M, Claveria R, Crespo E. Factores de riesgo asociados a la recesión gingival en adultos jóvenes. [Internet]. ODONTOGRAN. 2023. [Consultado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://odontologiagramma.sld.cu/index.php/odontogran/2023/paper/viewPaper/24>

20. García B, Rylander J, González S, Méndez T, Flores B, Velásquez J. Prevalencia y factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales en alumnos de odontología de la Universidad Veracruzana, región Veracruz. [Internet]. Revista de Investigación en Ciencias de la Salud IMBIOMED. 2022; 16(1): 47-49. [Consultado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=117043>

21. Amaro Y, Alvarado G, Manqui N. Prevalencia e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en adolescentes de Valdivia en el año 2018. [Internet]. International journal of

Interdisciplinary dentistry. 2020; 13(1): 21-25. [Consultado el 22 de enero de 2025].

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000100021>.

22. Segura A, Vásquez P. Factores asociados a la recesión gingival en pacientes atendidos en una clínica de Chiclayo, 2019 – 2021. [Tesis de Grado en Cirujano dentista]. Perú:

Universidad Señor de Sipán; 2024. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.12802/12531>

23. Rodríguez G. Relación entre los factores asociados y la presencia de recesiones gingivales en pacientes adultos atendidos en el Centro Integral Dental CIES 2022. [Tesis de Grado en Cirujano dentista]. Perú: Universidad Alas Peruanas; 2022. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.12990/11543>

24. 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 de Grado en Cirujano dentista]. Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2020. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.11818/5231>

25. Aedo D. Asociación de la recesión gingival y sus indicadores de riesgo en base a la clasificación de Miller en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Privada

San Juan Bautista en Lima Norte. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú:

Universidad San Juan Bautista; 2020. Disponible en:

<https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/1d842d8d-dba3-4355-b9a1-8b911e8f5970/content>

26. Álvarez D. Prevalencia de recesión gingival y factores asociados en pacientes adultos del servicio de odontología de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray y Regional

Docente de Trujillo, 2019. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/4367>

27. Curo Y, del Castillo C. Factores asociados al impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral en trabajadores de una universidad peruana. [Internet]. Estomatol Herediana. 2024; 34(2): 147-56. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/5532>

28. Niemczyk W, Niemczyk S, Prokurat M, Grudnik K, Migas M, Wągrowska K, Kasperczyk J. Etiology of gingival recession—a literature review. [Internet]. Wiad. Lek. 2024; 77: 1080-1085. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.36740/wlek202405131>

29. Imber J, Kasaj A. Treatment of gingival recession: when and how? [Internet]. International dental journal. 2021; 71(3): 178-187. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/idj.12617>

30. Artigas R, Sánchez R, Romero C, Lara A. Factores de riesgo de enfermedad periodontal. [Internet]. Correo Científico Médico de Holguín. 2021; 25(1). [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2021/ccm211p.pdf>

31. Hinojosa M. Recesiones gingivales, etiopatogenia y consideraciones para el tratamiento. Revisión de tema. [Internet]. JPAPPO. 2020. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: [https://appo.com.pe/wp-content/uploads/2020/09/APPO\\_ARTICULO-8.pdf](https://appo.com.pe/wp-content/uploads/2020/09/APPO_ARTICULO-8.pdf)

32. Rubio A, Daza A, Archilla A. Parámetros clínicos y periodontales predictores de la severidad de la recesión gingival (RG). [Internet]. Gac Med Mex. 2020; 152:51-8.

[Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en:  
<https://www.researchgate.net/publication/300950037>

33. de Castro J, Torrecilla R, Yero I, Castro I, Muro L. Caracterización de la gingivitis crónica en la población adolescente. [Internet]. Univ Méd Pinareña. 2021; 17(1): e606.

[Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7911165>

34. Clavería R, Peña M. Riesgos de recesión gingival en la población adulta joven. [Internet]. In III Jornada Virtual de Medicina Familiar en Ciego de Ávila. 2024.

[Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en:  
<https://mefavila.sld.cu/index.php/mefavila2024/2024/paper/view/824/0>

35. Lázaro S. La recesión periodontal. Perspectivas actuales en el diagnóstico y tratamiento. [Internet]. In X Simposio Visión Salud Bucal y IX Taller sobre el Cáncer Bucal. 2021.

[Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en:  
<https://estomatovision2021.sld.cu/index.php/estomatovision/2021/paper/view/15>

36. Calderón L. Influencia de la placa dental y de la atrición oclusal en la prevalencia de recesión gingival en pacientes adultos de la consulta privada. Arequipa, 2023. [Tesis de

Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Católica de Santa María; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/188d0f75-070e-4da0-a4ca-6aa42dba023d/content>

37. Gómez F. Influencia de la malposición dentaria individual con y sin cálculos en la recesión gingival en pacientes adultos de la consulta privada Arequipa 2023. [Tesis de

Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Católica de Santa María; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12711>

38. Domecq Y, Freire J, Querts O, Columbié J. Consideraciones actuales sobre la iatrogenia. [Internet]. MEDISAN. 2020; 24(5): 906-924. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192020000500906&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500906&lng=es).
39. Escobar G, Escobar W, Arbizú R, Turcios J. Iatrogenia en Odontología, un evento ignorado por la Comunidad Científica. Informe de caso. [Internet]. RCOE. 2021;26(2):61-66. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=6700>
40. Garcés M. Influencia del cepillado dental en la recesión gingival. revisión bibliográfica. [Internet]. Revista UNIANDES. 2024. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18130>
41. Cornejo Palomino, J. E. (2023). Hábitos de higiene oral y recesión gingival en pacientes atendidos en clínicas odontológicas privadas de la ciudad de Arequipa, 2022. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Norbert Weiner; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/8826>
42. Mamani K. Influencia de los frenillos hipertróficos y del empaquetamiento alimenticio en la recesión papilar en pacientes de la consulta privada. Arequipa, 2022. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Católica Santa María; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12760>
43. Pérez Giraldo, J. M. (2024). Alteraciones mucogingivales asociadas al tratamiento de ortodoncia. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/57125>

44. Patiño S. Relación entre biotipo periodontal y recesiones gingivales en pacientes de 30 a 50 años de edad atendidos en la Clínica Santa María Los Olivos-2021. Alteraciones mucogingivales asociadas al tratamiento de ortodoncia. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Alas Peruanas; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/11793>
45. Sigala A., Donohue A, Cuevas J, Tovar K, Varela E, Fornel F, Espinosa L. Recesiones Gingivales y su Relación con el Perfil Sociodemográfico y Periodontal: Estudio de Casos y Controles. [Internet]. International journal of odontostomatology. 2025; 19(1): 8-14. [Consultado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2025000100008>.
46. Ramírez M, Rivera T, Bustos A, Álvarez V, Álvarez E. Diagnóstico y Etiología de la Sonrisa Gingival. [Internet]. International journal of odontostomatology. 2025; 19(1): 15-21. [Consultado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2025000100015>
47. Limongi L, Realpe E, Viteri M. Factores de riesgo y severidad de la periodontitis en pacientes de la clinica de posgrado de periodoncia de la Universidad Cooperativa de Colombia-Pasto. [Tesis de Especialización en Periodoncia]. Colombia: Universidad Cooperativa del Pasto; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/58544>
48. Romero C. Factores demográficos asociados al nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en padres de familia de la IEP “Angelo Pagani”, distrito de Tayabamba, provincia de Pataz, departamento de La Libertad, 2023. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13032/39391>

49. Gastañadui R. Nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote del 8° y 9° ciclo, filial Trujillo, 2023. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13032/39396>
50. Estrada Y, Nápoles N, Santana C, Cárdenas M, Gregorio E. Principales variables predictoras locales en la recesión periodontal. [Internet]. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2024; 28(3). [Consultado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156131942024000300020&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942024000300020&lng=es)
51. Cárdenas J, Casanova D, Ruiz N, Mieles M. Autopercepción de la estética dental e impacto psicosocial en adultos. [Internet]. Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional. 2023; 8(4): 1954-1965. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=26585>
52. Xiao L, Mai W, Chen S, Chen S, Liu Q, Tang L, Zeng X. Psychosocial impact of dental aesthetics in adolescent: an evaluation of a latent profile and its associated risk factors. [Internet]. BMC Oral Health. 2024; 24(1): 1076. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04844-z>
53. Wahab A, Ju X, Jamieson L, Dreyer C. Modelling risk factors for high/low Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ) in the Australian adults. [Internet]. European Journal of Orthodontics. 2022; 43(2): 200-207. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/children9040496>

54. Cobos J, Mosquera S, Villalva J, Quishpe Tratamientos innovadores en el control y manejo de recesiones gingivales. [Internet]. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2024; 43. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: [https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES)
55. Scandola D, Muñoz M, Gil G, González E. Actualización de las técnicas para el tratamiento de las recesiones periodontales. [internet]. Odontología Vital. 2024; (40): 18-29. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165907752024000100018&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165907752024000100018&lng=en).
56. Alegría F. Relación entre el biotipo periodontal y la recesión gingival en pacientes de la Clínica Dental Visident, Lima 2020. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5698>
57. Mendoza M, Yanagui E, García Z, Anaya Y. Cobertura radicular con colgajo semilunar de reposicionamiento coronal en recesión gingival clase I de Miller. [Internet]. Revista Mexicana de Periodontología. 2020; 11(1-3): 16-21. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102642>
58. Morales A. Asociación entre trauma oclusal y tipo de recesión gingival en pacientes atendidos en la clínica odontológica Ecodental-Huánuco en el año 2021. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Norbert Weiner; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/6028>

59. García C. Recesión gingival y su correlación con el fenotipo gingival en la región de incisivos mandibulares de pacientes tratados con ortodoncia. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023. Disponible en: [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8173/UNFV\\_FO\\_Garcia\\_Morales\\_Carlos\\_Daniel\\_Titulo\\_profesional\\_2023.pdf?sequence=1](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8173/UNFV_FO_Garcia_Morales_Carlos_Daniel_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1)
60. Amador B, Quiriarte K, Olvera M, Herrera L, Maldonado O, Ojeda Ó, Guerrero L. Recesión gingival maxilar única asociada a factores protésicos. [Internet]. Revista Mexicana de Periodontología. 2023; 13(1-3): 32-36. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2022/mp221f.pdf>
61. Mendoza M, Yanagui E, García Z, Anaya Y. Cobertura radicular con colgajo semilunar de reposicionamiento coronal en recesión gingival clase I de Miller. [Internet]. Revista Mexicana de Periodontología. 2023; 11(1-3): 16-21. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102642>
62. Barreto Y, Nápoles N, González E, Betancourt G. Factores de riesgo locales y recesión periodontal de dientes anteriores en niños de 10 a 14 años. [Internet]. Rev Ciencias Médicas. 2023; 27: e6036. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6036>
63. Hurtado A, Restrepo L. Percepción de las recesiones gingivales en un grupo de pacientes atendidos en la clínica de periodoncia de la Universidad el Bosque. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Colombia: Universidad El Bosque; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/089c8cea-56b4-447a-bd16-244bc8380cd0/content>

64. Miranda A, Castillo J, Camaño L. Influencia del trauma oclusal primario en el desarrollo de recesión gingival. Revisión de la literatura. [Internet]. Universidad Y Sociedad. 2021; 13(S2): 26–30. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2279>
65. Martínez E, Romero H, Tutuy A. La hipersensibilidad dentinaria en la práctica clínica. [Internet]. Revista ADM Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana. 2024; 81(5): 280-284. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=118111>
66. 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 de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Católica Santa María; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12281>
67. Angulo F, Núñez G, Otárola W. Hipersensibilidad dentinaria: un desafío en la práctica odontológica. [Internet]. Revista Odontológica Basadrina. 2023; 5(1): 51-58. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.33326/26644649.2021.5.1.1087>
68. Mendoza M, Yanagui E, García Z, Anaya Y. Cobertura radicular con colgajo semilunar de reposicionamiento coronal en recesión gingival clase I de Miller. [Internet]. Mexicana de Periodontología. 2020; 11(1-3): 16-21. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102642>

69. Sanchez C, Cherly Y. Recesión gingival clase I de Miller caso clínico. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/3546>

70. Hernández E, Díaz L, Rodríguez J, Rodríguez I, Garza M. Recesión mandibular única tratada con colgajo desplazado lateral: Reporte de un caso. [Internet]. International Journal of Interdisciplinary Dentistry. 2023; 16(2): 152-155. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=610075679008>

71. Eras J. Autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con Recesión Gingival Clase II. [Internet]. Ciencia Y Educación. 2022; 3(5): 21 - 31. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://cienciayeducacion.com/index.php/journal/article/view/131>

72. Queiroga D, da Silva R, Queiroz R, Raposo K. Evaluación del nivel de conocimiento de académicos y profesores de la carrera de odontología de una institución privada sobre recesión gingival. [Internet]. REFACS. 2018; 6(2): 206-211. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.redalyc.org/journal/4979/497955513010/497955513010\\_1.pdf](https://www.redalyc.org/journal/4979/497955513010/497955513010_1.pdf)

73. Carbonnières M. Evaluación clínica de diferentes procedimientos quirúrgicos de recubrimiento radicular en el tratamiento de recesiones gingivales de clase III de Miller o rt2 de CAIRO. Revisión sistemática. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. España: Universidad Europea Valencia; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12880/5695>

74. Jara J. Prevalencia de recesión gingival en relación al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el Consultorio Dental Segura-2022. [Tesis de Grado

en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Alas Peruanas; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/11517>

75. Rosas Y. Clasificación gingival de recesiones gingivales y alternativas de tratamiento. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Garcilaso de La Vega; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.11818/5541>

76. Xicoténcatl G, Arévalo F, García Z, Flores M. Modificación de fenotipo gingival en zona anterior mandibular con técnica VISTA: 12 meses de seguimiento. [Internet]. Revista Mexicana de Periodontología. 2024; 14(1-3): 20-23. [Consultado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2023/mp231d.pdf>

77. Caramello C, Bessone G. Prevalencias de recesiones gingivales según biotipo periodontal en molares de pacientes de la Facultad de Odontología de la UNNE. 1era Edición. Argentina: RIUNNE. [https://repositorio.unne.edu.ar/bitstream/handle/123456789/55679/RIUNNE\\_FODO\\_A\\_C\\_Caramello-Bessone.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unne.edu.ar/bitstream/handle/123456789/55679/RIUNNE_FODO_A_C_Caramello-Bessone.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

78. De la Cruz P. El hipotético-deductivismo en la explicación de las ciencias sociales. [Internet]. Horizonte de la Ciencia. 2020; 10(18). [Consultado el 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2020.18.397>

79. Arias F. El proyecto de investigación. 6ta edición. Caracas: Editorial Episteme. 95 p.

80. Castro J, Gómez L, Camargo E. La investigación aplicada y el desarrollo experimental en el fortalecimiento de las competencias de la sociedad del siglo XXI. [Internet]. Tecnura. 2023; 27(75). [Consultado el 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.14483/22487638.19171>

81. Castro J, Gómez L, Camargo E. La investigación aplicada y el desarrollo experimental en el fortalecimiento de las competencias de la sociedad del siglo XXI. Tecnura. [Internet].2023; 27(75). [Consultado el 25 de Enero de 2025].
82. Firdaus F, Zufadilla Z, Caniago F. Reaserch methodology: types in the new perspective. MANAZHIM. 2021;3(1):1–16.
83. Vizcaíno, P., Cedeño, R. & Maldonado, I . Metodología de la investigación científica: guía práctica. [Internet]. *Rev Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*.2023; 7(4): 9723-9762. [Consultado el 25 de enero de 2025] Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658/11619>
84. Hadi M, Martel C, Huayta F, Rojas R. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis. [Internet]. Perú: Editor Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología INUDI. [Consultado el 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.35622/inudi.b.073>
85. Carrasco S. Metodología de la investigación científica. Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación. Perú: Editorial San Marcos E I R L; 2019.
86. Córdoba N, Astorquia L, Alegrechy A, Díaz A, Luques V. Metodología de la investigación I. España: Universidad Nacional de Rosario; 2023. Disponible en: <http://200.3.125.79:8080/bitstream/handle/2133/25465/MAc2349-CuadMetod1-Enf-2023.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
87. Tafur M, Castro C, Mendoza G. Factores asociados al recubrimiento total de recesiones gingivales clases I y II de Miller. [Internet]. *Rev Cubana Estomatol*. 2021; 58(2). [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475072021000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072021000200013&lng=es).

88. Gencio K. Factores locales de riesgo asociados a la prevalencia de recesión gingival en pacientes adultos de la consulta privada, Arequipa. 2022. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Católica de Santa María; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/13143>

89. Díaz E, Pérez E. Etiología y manejo clínico de las recesiones gingivales. [Internet]. Revista REDOE. 2021. [Consultado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=332>

90. Rodríguez G. relación entre los tipos de frenillos labiales superiores y la presencia de recesiones gingivales en pacientes adultos atendidos en el centro integral dental CIES 2022. [Tesis de Grado en Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Alas Peruanas; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/11543>

91. Cisneros A, Guevara A, Garcés J, Urdánigo J. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos que apoyan a la Investigación Científica en tiempo de Pandemia. [Internet]. Dom. Cien. 2022; 8(1): 1165-1185. [Consultado el 25 de enero de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i41.2546>

92. Gutiérrez, S. Gestión de la historia clínica electrónica y la mejora de la calidad de atención al paciente en el servicio de Odontología del hospital Hermilio Valdizán. [Internet]. Revista Kiru. 2021; 18 (2): 82-88. [Consultado el 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/kiru.2021.v18n2.02>

93. Aroca J, Llango A, Lalaleo D, Chavarrea J, López A. Principios bioéticos aplicados al cuidado de enfermería en el área de emergencia en un hospital público de Chimborazo,

Ecuador. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2024; 5(2): 1367-1381. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i2.1956>

94. Kimmelman J. What Is Human Research For? Reflections on the Omission of Scientific Integrity from the Belmont Report. *Perspect Biol Med.* 2020;63(2):251– 61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33416651/>

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

<b>Formulación Del problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Diseño Metodológico</b>
<p><b>Problema general</b> ¿Cómo los factores asociados se relacionan con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cómo la dimensión placa se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025? ¿Cómo la dimensión cálculos dentarios se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la clínica docente de Lima Metropolitana 2025? ¿Cómo la dimensión iatrogenia se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025? ¿Cómo la dimensión cepillado traumático se relaciona con la severidad de recesiones</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la relación entre los factores asociados con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Determinar la relación entre la dimensión placa con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025. Determinar la relación entre la dimensión cálculos dentarios con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025. Determinar la relación entre la dimensión iatrogenia con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025. Determinarla relación entre la dimensión cepillado traumático con la severidad de</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Hi: Los factores asociados se relacionan estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025. Ho: Los factores asociados no se relacionan estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> HE1: La dimensión placa se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025. HE2: La dimensión cálculos dentarios se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025. HE3: La dimensión iatrogenia se relaciona estadística y significativamente con la severidad</p>	<p><b>Variable 1</b> Factores asociados</p> <p><b>Dimensiones</b> Placa Cálculos dentarios Iatrogenia Cepillado traumático Frenillos de inserción larga Edad Sexo</p> <p><b>Variable 2</b> Severidad de recesiones gingivales</p> <p><b>Dimensiones</b> Clase I Clase II Clase III Clase IV</p>	<p><b>Tipo de investigación</b> Aplicada</p> <p><b>Método</b> Hipotético-deductivo</p> <p><b>Enfoque</b> Cuantitativo</p> <p><b>Diseño</b> No experimental</p> <p><b>Alcance</b> Correlacional Transversal</p> <p><b>Población</b> 121 pacientes de la clínica docente de Lima Metropolitana 2025.</p> <p><b>Muestra</b> 95 pacientes</p> <p><b>Técnica:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumentos:</b> Ficha de registro de factores asociados. Ficha de registro de recesión gingival según MILLER</p>

---

gingivales en pacientes de la clínica de la clínica docente de Lima Metropolitana 2025? en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

¿Cómo la dimensión frenillos de inserción larga se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

¿Cómo la dimensión edad se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

¿Cómo la dimensión sexo se relaciona con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025?

recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

Determinar la relación entre la dimensión frenillos de inserción larga con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

Determinar la relación entre la dimensión edad con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

Determinar la relación entre la dimensión sexo con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

HE4: La dimensión cepillado traumático se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

HE5: La dimensión frenillos de inserción larga se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

HE6: La dimensión edad se relaciona estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

HE7: La dimensión sexo se relacionan estadística y significativamente con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

---

**Anexo 2: Instrumentos****Instrumento 1: FACTORES ASOCIADOS A RECESIONES GINGIVIALES****FICHA DE REGISTRO**

Ficha N° .....

Edad: .....

Género (F) (M)

Pieza dentaria: .....

**1. FACTORES ASOCIADOS**

1.1. Placa ( )

1.2. Cálculos dentarios ( )

1.3. Iatrogenia ( )

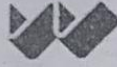
1.4. Mal cepillado ( )

1.5. Frenillos hipertróficos ( )

**Instrumento 2: RECESIÓN GINGIVAL- CLASIFICACIÓN MILLER****FICHA DE REGISTRO**

<b>Clasificación de Miller</b>	<b>CLASE I</b>	<b>CLASE II</b>	<b>CLASE III</b>	<b>CLASE IV</b>
<b>Pieza dentaria 3.3/ NR</b>				
<b>Pieza dentaria 3.2/ NR</b>				
<b>Pieza dentaria 3.1/ NR</b>				
<b>Pieza dentaria 4.1/ NR</b>				
<b>Pieza dentaria 4.2/ NR</b>				
<b>Pieza dentaria 4.3/ NR</b>				

## Anexo 3: Validez del instrumento

  
**Universidad Norbert Wiener**  
Powered by Arizona State University

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

**I. DATOS GENERALES**

1.1 Apellidos y Nombres del Experto:  
 1.2 1.2 Cargo e Institución donde labora:  
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos.  
 1.4 Autor del instrumento: Anabel Rosa Olivares Arones  
 1.5 Título de la Investigación: Factores asociados y severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN**

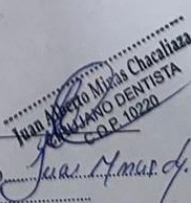
	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresada en conductas observables.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de las capacidades cognitivas.				✓	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				✓	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				✓	
<b>CONTEO TOTAL DE MARCAS</b> (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					✓	
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50}$$

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 - 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 - 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 - 1,00]

**IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**  
 Lima 06 de Mayo del 2025

  
**Juan Alberto Mijangos Chacaliza**  
 DENTISTA  
 C.O.P. 10220  
 NOMBRE DEL EXPERTO.....  
 CARGO.....  
 DNI.....

## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

## I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto:

1.2 Cargo e Institución donde labora:

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos.

1.4 Autor del instrumento: Anabel Rosa Olivares Arones

1.5 Título de la Investigación: Factores asociados y severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

## II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresada en conductas observables.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de las capacidades cognitivas.				✓	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				✓	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				✓	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = \frac{0,8}{1} = 0,8$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 - 0,60]
Observado	<0,60 - 0,70]
Aprobado	<0,70 - 1,00]

## IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima 07 de MAYO del 2025


JORGE CASTRO RIVADENEIRA  
CIRUJANO DENTISTA  
COP 14814

NOMBRE DEL EXPERTO... Jorge Castro Rivadeneira  
CARGO.....  
DNI... 10281576

## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

## I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto:

1.2 1.2 Cargo e Institución donde labora:

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos.

1.4 Autor del instrumento: Anabel Rosa Olivares Arones

1.5 Título de la Investigación: Factores asociados y severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

## II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresada en conductas observables.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de las capacidades cognitivas.				✓	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					✓
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					✓
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x A) + (2x B) + (3x C) + (4x D) + (5x E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 - 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 - 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 - 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima 17 de Mayo del 2025

  
Dra. SARA MORANTE MATORAN  
Esp. Rehabilitación Oral  
C.O.P. 22609

NOMBRE DEL EXPERTO Sara Morante  
CARGO.....  
DNI.....



**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

**I. DATOS GENERALES**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
- 1.2 1.2 Cargo e Institución donde labora:
- 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos.
- 1.4 Autor del instrumento: Anabel Rosa Olivares Arones
- 1.5 Título de la Investigación: Factores asociados y severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.

**II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN**

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Moy Buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresada en conductas observables.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de las capacidades cognitivas.				✓	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				✓	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				✓	
<b>CONTEO TOTAL DE MARCAS</b> (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>


$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 - 0,60]
Observado	<0,60 - 0,70]
Aprobado	<0,70 - 1,00]

**IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

Lima, 06 de Mayo del 2025

  
 NOMBRE DEL EXPERTO: Anabel Rosa Olivares Arones  
 CARGO: Cirujano Dentista  
 DNI: 10122111

30  
LQ

## Resultados del coeficiente V de Aiken

- Coeficiente de V de Aiken

Variable: Factores asociados a recesiones gingivales

Criterio: PERTINENCIA

EVALUADOR							
Items	J1	J2	J3	J4	J5	Promedio	V de Aiken
p1	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p2	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p3	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p4	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p5	1	1	1	1	1	1.00	1.00
<b>Validez de PERTINENCIA</b>							<b>1.0</b>

Criterio: RELEVANCIA

EVALUADOR							
Items	J1	J2	J3	J4	J5	Promedio	V de Aiken
p1	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p2	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p3	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p4	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p5	1	1	1	1	1	1.00	1.00
<b>Validez de RELEVANCIA</b>							<b>1.0</b>

Criterio: CLARIDAD

EVALUADOR							
Items	J1	J2	J3	J4	J5	Promedio	V de Aiken
p1	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p2	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p3	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p4	1	1	0	1	1	0.80	0.80
p5	1	0	1	1	1	0.80	0.80
<b>Validez de CLARIDAD</b>							<b>0.9</b>

V de Aiken GENERAL	Escala
1.00	Fuerte
1.00	Fuerte
1.00	Fuerte
0.93	Fuerte
0.93	Fuerte
<b>1.0</b>	<b>Fuerte</b>

Coeficiente V de Aiken del instrumento

V-Aiken	Escala
0.97	Fuerte

Variable: Recesión gingival - Clasificación Miller

Criterio: PERTINENCIA

EVALUADOR							
Items	J1	J2	J3	J4	J5	Promedio	V de Aiken
p1	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p2	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p3	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p4	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p5	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p6	1	1	1	1	1	1.00	1.00
<b>Validez de PERTINENCIA</b>							<b>1.0</b>

Criterio: RELEVANCIA

EVALUADOR							
Items	J1	J2	J3	J4	J5	Promedio	V de Aiken
p1	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p2	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p3	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p4	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p5	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p6	1	1	1	1	1	1.00	1.00
<b>Validez de RELEVANCIA</b>							<b>1.0</b>

Criterio: CLARIDAD

EVALUADOR							
Items	J1	J2	J3	J4	J5	Promedio	V de Aiken
p1	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p2	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p3	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p4	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p5	1	1	1	1	1	1.00	1.00
p6	1	1	1	1	1	1.00	1.00
<b>Validez de CLARIDAD</b>							<b>1.0</b>

V de Aiken GENERAL	Escala
1.00	Fuerte
1.00	Fuerte
1.00	Fuerte
1.00	Fuerte
1.00	Fuerte
1.00	Fuerte
<b>1.0</b>	<b>Fuerte</b>

Coeficiente V de Aiken del instrumento

V-Aiken	Escala
1.00	Fuerte

#### Anexo 4: Confiabilidad de los instrumentos

- **Variable 1:** Factores asociados a recesiones gingivales

##### Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	,781	,203	2,490	,002
N de casos válidos		6			

- **Variable 2:** Recesión gingival – Clasificación Miller

##### Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	,674	,078	3,266	,038
N de casos válidos		6			

## Base de datos

Edad	Edad completa	Género	Placa	Cálculos dentarios	Iatrogenia	Cepillado traumático	Frenillos de inserción larga	Factores asociados	Pieza 3.3	Pieza 3.2	Pieza 3.1	Pieza 4.1	Pieza 4.2	Pieza 4.3
2	36	2	2	2	2	1	2	MAL CEPILLADO	2	1	1	1	1	2
1	33	2	1	2	2	2	2	PLACA	1	1	1	1	1	1
2	42	1	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	2	1	1	2	1	2
2	38	2	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	1	1	1	1
2	36	1	1	2	2	2	2	PLACA	1	1	1	1	1	1
2	36	2	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	2	2	1	1	2	2
2	40	2	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	1	1	1	1
1	33	2	2	2	2	1	2	MAL CEPILLADO	1	1	1	1	1	1
1	26	2	2	2	2	1	2	MAL CEPILLADO	2	1	1	1	1	2
2	36	2	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	5	1	1	1	2	1
1	26	2	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	1	1	2	2
1	25	2	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	3	2	1	1	1	2
2	45	1	1	2	1	2	2	IATROGENIA Y PLACA	2	2	3	3	2	2
2	41	2	1	2	2	2	2	PLACA	1	5	5	5	5	1
2	43	2	1	2	2	1	2	MAL CEPILLADO Y PLACA	1	1	3	3	1	1
2	44	2	2	1	1	2	2	IATROGENIA Y CALCULOS DENTARIOS	2	5	2	2	2	5
1	29	1	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	1	1	1	1
1	32	1	1	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS Y PLACA	2	1	1	1	1	2
2	42	2	1	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS Y PLACA	2	2	3	3	2	2
1	25	1	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	1	1	3	3	1	1
2	41	2	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	1	1	3	3	1	1
2	44	2	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	2	3	3	3	3	2
1	34	1	1	2	2	2	2	PLACA	1	1	1	1	1	1
1	25	1	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	2	2	1	1	1	2
2	45	2	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	1	1	1	2
2	44	2	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	1	1	3	3	1	1
2	45	2	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	5	5	5	5	5	2
2	41	1	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	1	1	2	2
1	30	1	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	1	1	1	1
2	43	1	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	3	3	1	2
2	45	2	2	2	2	1	2	MAL CEPILLADO	1	1	1	1	1	1
2	40	2	1	2	2	2	2	PLACA	2	2	2	2	2	2
2	42	1	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	1	1	1	2
1	30	1	2	2	2	1	2	MAL CEPILLADO	2	1	1	1	1	1
1	27	2	1	2	2	2	2	PLACA	1	1	1	1	1	1
2	38	1	2	1	2	2	2	CALCULOS DENTARIOS	3	3	3	3	3	3
1	28	2	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	1	1	1	2
1	25	1	1	2	2	2	2	PLACA	2	2	2	2	2	2
2	36	2	1	2	2	2	2	PLACA	2	1	1	1	1	2

## Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

#### CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 07 de abril de 2025

Investigador(a)  
Anabel Rosa Olivares Arones  
Exp. N°: 0553-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó** y **APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: "Factores asociados y severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025" con **fecha 23/03/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Anabel Rosa Olivares Arones

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, la **Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega  
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica  
UPNW



## Anexo 6: Formato de consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIE-VRI

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores : **Olivares Arones, Anabel Rosa**

Título : **Factores asociados y severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.**

---

#### Propósito del estudio:

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: **Factores asociados y severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025.** Este es un estudio desarrollado por **Olivares Arones, Anabel Rosa** investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, El propósito de este estudio es **“Determinar la relación entre los factores asociados con la severidad de recesiones gingivales en pacientes de la clínica de la Universidad Norbert Wiener, Lima 2025”**. Su ejecución ayudará a/permitirá establecer la relación que existe entre factores asociados y severidad de recesiones gingivales.

#### Procedimientos:

Si usted decide participar en este estudio se le solicitará lo siguiente:

- Leer detenidamente todo el documento y participar voluntariamente
- Firmar el consentimiento informado

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

**Riesgos:** Ninguno.

Su participación en el estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

**Beneficios:** Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

#### Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

#### Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

#### Derechos del participante:

Si usted se siente incómodo durante su participación, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio si perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal de estudio. Puede comunicarse con **Olivares Arones, Anabel Rosa**, con número de teléfono xxx o al comité que, valido el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del comité de ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +510 924 569 790 *E-mail:* [comité.etica@uwieenr.edi.pe](mailto:comité.etica@uwieenr.edi.pe).

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

---

**Participante****Nombre:****DNI:**

---

**Investigadora****Nombre: Olivares Arones, Anabel  
Rosa****DNI:**

**Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos**

Universidad  
Norbert Wiener

Lima, 28 de abril de 2025

Carta N°056-04-2025- EAP-ODON-UPNW

*Lic. Priscila Campbell Calero  
Administradora  
Centro Odontológico Wiener  
Lima*

Presente. -

De mi consideración,

Recibe un cordial saludo. La presente es para autorizar el ingreso al Centro Odontológico a la Bachiller Anabel Rosa Olivares Arones, con N° de DNI 74035777 y código de estudiante a2019101575, con la finalidad de realizar su recolección de datos (encuestas) para desarrollar su trabajo de investigación titulado: **“FACTORES ASOCIADOS Y SEVERIDAD DE RECESIONES GINGIVALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER, LIMA 2025”**, por lo que le agradeceré su gentil atención al presente.

Sin otro en particular, me despido.

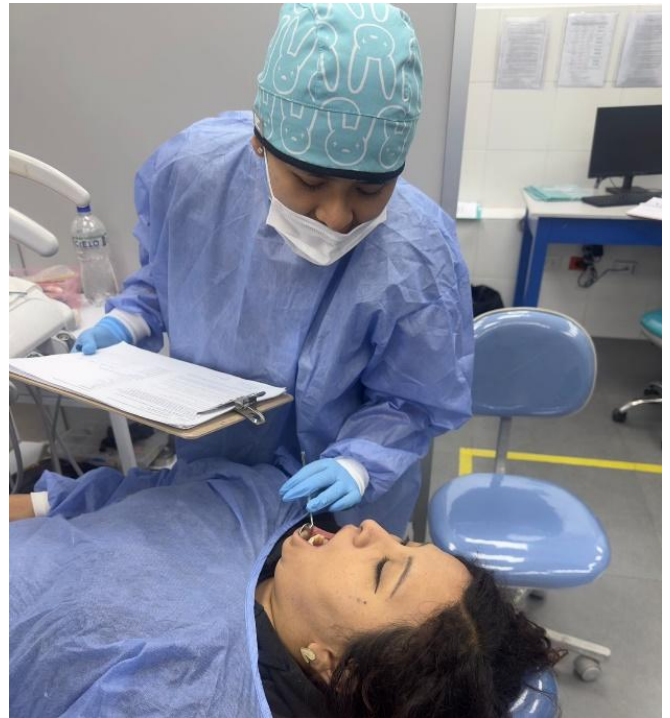
Atentamente,



Universidad  
Norbert Wiener

  
Dra. Brenda Vergara Pinto  
Directora  
Programa Académico de Odontología  
Universidad Norbert Wiener

### Anexo 8: Evidencias



## Anexo 9: Informe del asesor de Turnitin



Página 2 de 80 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trrcoid::14912-532148928




### 14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

#### Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

#### Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

#### Marcas de integridad

##### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.




# 14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 10% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	5%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-11-20	4%
3	Internet	hdl.handle.net	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2025-04-20	<1%
5	Internet	www.researchgate.net	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2025-06-13	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-06-01	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-11-18	<1%
9	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%
10	Internet	www.medwave.cl	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2025-05-16	<1%