



Factores favorecedores y dificultadores del logro de la autonomía clínica en la formación
odontológica: percepciones de egresados recientes y equipo docente.

Laura Liliana Castañeda Rincón

Paola Andrea Giraldo Alzate

Tutor

Karin Natalia Perdomo Núñez

Titulo a obtener: Magíster en Educación para Profesionales de la Salud

Escuela de Ciencias de la Vida

Maestría en Educación para Profesionales de la Salud

Pontificia Universidad Javeriana- Universidad del Rosario

Bogotá - Colombia 2026

Contenido

Resumen	4
Introducción	5
Marco Conceptual.....	6
Planteamiento del Problema	6
Estado del Arte.....	7
1. El rol docente en el alcance de la autonomía clínica	7
2. La autopercepción en las habilidades de comunicación	8
3. Estrategias pedagógicas para fortalecer la autonomía	9
Justificación.....	10
Objetivos	12
Objetivo General.....	12
Objetivos específicos.....	12
Antecedentes Teóricos.....	12
Marco metodológico.....	13
Contexto	15
Participantes	16
Instrumentos de recolección.	17
Métodos.....	19
Estrategia de análisis de la información	19
Familiarización con la información.....	19
Codificación inicial	19
Codificación focalizada.....	19
Construcción y desarrollo de categorías	20
Suficiencia Teórica.....	20
Integración e interpretación teórica.....	20
Comparación constante	20
Escritura de memos analíticos	21
Cierre y almacenamiento	21
Criterios de validez y confiabilidad.....	21
Credibilidad	21
Transferibilidad	22
Dependencia	22

Confirmabilidad.....	22
Reflexividad.....	23
Consideraciones éticas	24
Resultados	25
Carácter progresivo de la autonomía clínica.....	26
Rol docente y procesos de andamiaje.....	28
Otros factores asociados a mediadores pedagógicos.....	29
Dimensión emocional de la autonomía clínica	30
Agencia del estudiante en su proceso formativo	31
Discusión y conclusiones	32
Limitaciones.....	37
Recomendaciones	37
Referencias Bibliográficas	39
Anexos.....	46
 Ilustración 1 <i>Flujograma</i>	24
 Figura 1 <i>Análisis de categorías emergentes del estudio</i>	38

Resumen

La autonomía clínica constituye una competencia fundamental para el ejercicio seguro, ético y responsable de la odontología; sin embargo, persisten vacíos en la comprensión de los factores que favorecen y dificultan su desarrollo durante la formación profesional, particularmente en el contexto colombiano. Con el propósito de comprender este fenómeno desde la perspectiva de egresados recientes y docentes clínicos, se realizó una investigación cualitativa bajo un paradigma interpretativista y un diseño de teoría fundamentada constructivista. Participaron tres egresados recientes y cuatro docentes clínicos del programa de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, quienes fueron entrevistados mediante entrevistas semiestructuradas virtuales. El análisis se desarrolló mediante codificación inicial, focalizada y comparación constante. Los hallazgos permitieron construir una comprensión integradora de la autonomía clínica como un proceso progresivo, dinámico y socialmente construido, que surge de la interacción entre factores pedagógicos, emocionales, personales e institucionales. Este proceso se ve favorecido por el acompañamiento docente, la práctica clínica gradual, la retroalimentación, la seguridad emocional y la participación activa del estudiante; mientras que factores como la supervisión inadecuada, la presión asistencial, el temor al error y determinadas condiciones curriculares pueden limitar su desarrollo. Se concluye que la autonomía clínica no depende exclusivamente de la adquisición de competencias técnicas, sino de un proceso complejo de andamiaje pedagógico y construcción de confianza que involucra tanto al estudiante como al entorno formativo. Estos hallazgos aportan una comprensión contextualizada del fenómeno y ofrecen elementos para fortalecer las prácticas educativas orientadas al desarrollo de profesionales capaces de tomar decisiones clínicas responsables y fundamentadas.

Introducción

La autonomía clínica constituye una competencia fundamental en la formación de los profesionales de la salud, particularmente en odontología, donde los estudiantes deben desarrollar progresivamente la capacidad de tomar decisiones clínicas fundamentadas, actuar con responsabilidad y responder a situaciones complejas propias de la atención de pacientes. Su desarrollo implica la integración de conocimientos teóricos, habilidades técnicas, juicio clínico y competencias relacionales que se consolidan durante las experiencias formativas en los escenarios clínicos.

En los últimos años, diferentes investigaciones han destacado la importancia de promover procesos educativos que favorezcan la autonomía profesional desde etapas tempranas de la formación. Sin embargo, alcanzar esta capacidad continúa representando un desafío para estudiantes, docentes e instituciones educativas, debido a la influencia de múltiples factores asociados a las características individuales del estudiante, las estrategias de acompañamiento docente, las condiciones curriculares y las dinámicas propias de los contextos clínicos de aprendizaje.

En el campo de la educación odontológica, comprender cómo se construye la autonomía clínica resulta especialmente relevante debido a las responsabilidades éticas, técnicas y profesionales que asumen los futuros odontólogos durante la atención de pacientes. Aunque la literatura ha abordado aspectos relacionados con el aprendizaje clínico, el razonamiento clínico, la supervisión y la autorregulación, persisten interrogantes sobre los factores que favorecen o dificultan el desarrollo de la autonomía clínica desde la experiencia de quienes participan directamente en estos procesos formativos.

En respuesta a esta necesidad, el presente estudio tuvo como propósito comprender los factores favorecedores y dificultadores del logro de la autonomía clínica durante la formación odontológica, desde las percepciones de egresados recientes y docentes clínicos. Para ello, se adoptó un enfoque cualitativo sustentado en la teoría fundamentada constructivista, orientado a explorar los significados construidos por los participantes a partir de sus experiencias en escenarios clínicos de formación.

Marco Conceptual

Planteamiento del Problema

En la formación odontológica en Colombia, la autonomía clínica es un eje fundamental, entendida como la capacidad del profesional para actuar con criterio y responsabilidad en el diagnóstico, tratamiento y comunicación con los pacientes, sustentada en principios éticos y científicos (Romero-Beltrán & Sánchez-Alfaro, 2019). Su desarrollo requiere un proceso de andamiaje pedagógico que permita al estudiante transitar progresivamente de la dependencia a la independencia clínica (Wood, Bruner & Ross, 1976; Vygotsky, 1978). Sin embargo, factores institucionales y pedagógicos, como la presión asistencial y la supervisión insuficiente, limitan este proceso y afectan competencias como la toma de decisiones, la comunicación y la iniciativa profesional (Álvarez-Helle et al., 2018; Riquelme-Silva & Santelices, 2021).

La limitada autonomía clínica representa un problema académico y ético, pues podría relacionarse con quejas ante los Tribunales de Ética Odontológica por errores diagnósticos, tratamientos inadecuados y fallas en la comunicación con los pacientes (Suárez Londoño et al., 2011; Congreso de Colombia, 1989; Tribunal Nacional de Ética Odontológica, 2020–2022). Esto

cuestiona la efectividad de los programas formativos y la responsabilidad institucional en garantizar una práctica segura, responsable y autónoma (Rodríguez-Casanova et al., 2015).

En este contexto, las Actividades Profesionales Confiables (EPAs) se han propuesto como herramientas que integran la autonomía progresiva con el juicio del tutor para determinar la capacidad del estudiante de ejecutar tareas clínicas sin supervisión directa (Ten Cate, 2017; Durán Pérez et al., 2022). Así, el rol del tutor y el acompañamiento académico son determinantes en el proceso de andamiaje hacia la autonomía clínica, aunque factores como la supervisión insuficiente y la presión asistencial continúan dificultándolo (Álvarez-Helle et al., 2018; Kilminster & Jolly, 2000; Venegas-Gómez et al., 2016; Lucarelli et al., 2009).

Estado del Arte

Para contextualizar el problema de investigación, se realizó una revisión sistemática de literatura sobre andamiaje pedagógico y autonomía clínica en odontología y otras ciencias de la salud. La búsqueda se efectuó en PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, Google Scholar y Redalyc, utilizando términos como “clinical autonomy”, “dental education”, “scaffolding” y “self-regulated learning”. Se incluyeron publicaciones en inglés, español y portugués entre 2019 y 2025. De 420 artículos identificados inicialmente, se seleccionaron 60 estudios relacionados con la formación clínica y organizados en tres ejes temáticos.

1. El rol docente en el alcance de la autonomía clínica

La literatura destaca que el tutor clínico cumple un papel decisivo en el desarrollo de la autonomía, ya que el acompañamiento académico favorece la transición de la dependencia a la independencia profesional. La accesibilidad del tutor, la retroalimentación efectiva y un ambiente seguro fortalecen la confianza y la toma de decisiones de los estudiantes (Álvarez-

Helle et al., 2018; Kilminster & Jolly, 2000). Sin embargo, persisten dificultades asociadas a la variabilidad en los estilos de supervisión, la falta de retroalimentación formativa y la presión asistencial, las cuales limitan las oportunidades de aprendizaje autónomo (Castro-Rodríguez & Lara-Verástegui, 2021; Venegas-Gómez et al., 2016; Lucarelli et al., 2009).

En odontología, se ha evidenciado que los estilos docentes influyen directamente en la seguridad y confianza del estudiante frente a pacientes reales. Mientras una tutoría autoritaria restringe el desarrollo del criterio clínico, un tutor que guía mediante preguntas, modelaje y retroalimentación favorece la independencia profesional (Lucarelli et al., 2009; Riquelme-Silva & Santelices, 2021). Desde esta perspectiva, la autonomía clínica se comprende como resultado de un proceso de andamiaje pedagógico progresivo (Wood, Bruner & Ross, 1976; Vygotsky, 1978).

2. La autopercepción en las habilidades de comunicación

La comunicación clínica constituye una competencia esencial para la autonomía, ya que implica explicar diagnósticos, negociar tratamientos y establecer relaciones efectivas con los pacientes. Diversos estudios muestran que muchos estudiantes perciben limitaciones en sus habilidades comunicativas al finalizar la formación (Rindlisbacher et al., 2017; Álvarez & Schultz, 2018). En este sentido, la autonomía clínica trasciende lo técnico y exige competencias interpersonales y comunicativas (Romero-Beltrán & Sánchez-Alfaro, 2019).

Estrategias pedagógicas centradas en el paciente, como pacientes estandarizados y pacientes educadores, han mostrado mejoras en la autopercepción y confianza comunicativa (Coelho et al., 2018; Gil & Ihm, 2024). No obstante, en Colombia persisten dificultades en la relación odontólogo-paciente, evidenciadas incluso en quejas ante tribunales de ética

(Rodríguez-Casanova et al., 2015; Suárez Londoño et al., 2011). Esto evidencia la necesidad de fortalecer la formación en comunicación y habilidades interpersonales dentro de los currículos.

3. Estrategias pedagógicas para fortalecer la autonomía

La literatura reporta metodologías activas como el aprendizaje basado en problemas, la simulación clínica, la retroalimentación formativa, los portafolios reflexivos y las Actividades Profesionales Confiables (EPAs) como estrategias que favorecen el aprendizaje autónomo (López et al., 2020; Sethi et al., 2024; Durán Pérez et al., 2022). Las EPAs destacan por evaluar la capacidad del estudiante para ejecutar tareas clínicas sin supervisión directa (Arunachalam et al., 2022; Wolcott et al., 2021).

Aunque estas estrategias han mostrado resultados positivos en odontología, la evidencia sobre su impacto sostenido sigue siendo limitada. Además, la literatura señala que no basta con implementar nuevas metodologías, sino que es necesario promover una cultura formativa que valore la autonomía clínica y garantice supervisión estructurada y retroalimentación constante (Hissink et al., 2022; Ramaswamy, 2021; Rodrigues et al., 2022).

En síntesis, los estudios revisados han permitido comprender diversos elementos relacionados con el desarrollo de la autonomía clínica, incluyendo el papel del docente, las habilidades comunicativas, los procesos de autorregulación y la implementación de estrategias pedagógicas innovadoras. Sin embargo, la evidencia disponible continúa abordando estos aspectos de manera fragmentada y frecuentemente centrada en competencias o intervenciones específicas. Persiste una comprensión limitada acerca de cómo interactúan de forma simultánea los factores pedagógicos, emocionales, institucionales y contextuales que influyen en el desarrollo de la autonomía clínica durante la formación odontológica. Asimismo, son escasos los

estudios que exploran este fenómeno desde las experiencias y significados construidos tanto por docentes clínicos como por egresados recientes, actores que participan activamente en el proceso de formación y transición hacia el ejercicio profesional. En consecuencia, se hace necesario profundizar en la comprensión integral de los factores que favorecen y dificultan el logro de la autonomía clínica en escenarios reales de formación odontológica.

Justificación

Esta investigación se hizo necesaria para poder profundizar y dar las bases pedagógicas del desarrollo de la autonomía clínica, permitiendo así a las facultades o programas de odontología fortalecer y comprender factores que favorecieron o dificultaron la autonomía, clave para la calidad educativa, la seguridad del paciente y la confianza social. En este contexto, la formación odontológica presenta características singulares: exige autonomía temprana, destrezas técnicas específicas y competencias comunicativas, lo que reforzó la necesidad de diseñar estrategias pedagógicas ajustadas a las demandas particulares de la profesión. Estas particularidades hicieron que la formación del odontólogo no pudiera equipararse a la de áreas como medicina o enfermería, donde la atención se organiza de forma interdisciplinar y la responsabilidad clínica individual se adquiere más tardíamente.

A pesar de los avances en la comprensión de la autonomía profesional y del aprendizaje clínico en las ciencias de la salud, persisten vacíos importantes respecto a los procesos mediante los cuales los estudiantes de odontología desarrollan la autonomía clínica durante su formación. Gran parte de la literatura disponible se ha centrado en competencias clínicas, razonamiento clínico, actividades profesionales confiables, autorregulación o supervisión docente; sin embargo, existe una comprensión limitada sobre cómo interactúan los factores pedagógicos,

emocionales, curriculares y contextuales en la construcción de la autonomía clínica dentro de escenarios reales de formación odontológica. Asimismo, se identifican escasos estudios que integren simultáneamente las perspectivas de docentes clínicos y egresados recientes, actores que han experimentado el proceso desde posiciones complementarias y cuya experiencia puede aportar una comprensión más amplia del fenómeno. Esta ausencia de conocimiento justifica la necesidad de explorar los factores que favorecen y dificultan el logro de la autonomía clínica en la formación odontológica desde las experiencias y significados construidos por quienes participan directamente en ella.

Por lo tanto, las investigadoras plantearon la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué factores favorecen y qué factores dificultan el logro de la autonomía clínica durante la formación odontológica, desde el punto de vista de egresados recientes y equipo docente de clínicas?

Objetivos

Objetivo General

Comprender los factores que favorecen y dificultan el logro de la autonomía clínica durante la formación odontológica desde el punto de vista de egresados recientes y docentes clínicos.

Objetivos específicos

Identificar los factores que favorecen y dificultan el logro de la autonomía clínica durante la formación odontológica.

Analizar las condiciones pedagógicas e institucionales que inciden en el tránsito de la dependencia hacia la autonomía clínica en los escenarios formativos odontológicos.

Caracterizar las percepciones acerca de las oportunidades y limitaciones encontradas en el proceso de construcción de autonomía clínica.

Antecedentes Teóricos

La autonomía clínica ha sido comprendida como un proceso progresivo en la formación de profesionales de la salud, en el que el estudiante transita desde la dependencia hacia la autonomía sustentado en la experiencia, el juicio clínico y la responsabilidad frente al paciente (Benner, 1984/2001). Este proceso integra habilidades técnicas, cognitivas, éticas y comunicativas, y se fortalece mediante la práctica supervisada y la reflexión en escenarios reales (Romero-Beltrán & Sánchez-Alfaro, 2019; Company & Rego, 2024).

Asimismo, la autonomía se relaciona con el aprendizaje autorregulado, en el que el estudiante gestiona su propio proceso formativo y toma decisiones fundamentadas, aunque puede verse limitada por factores como la falta de retroalimentación o condiciones del entorno clínico (Ali et al., 2023; Gupta et al., 2024; Kilminster & Jolly, 2000).

Desde una perspectiva sociocultural, la autonomía se construye a partir de la interacción con otros, especialmente mediante el acompañamiento docente. En este sentido, el aprendizaje mediado y el andamiaje pedagógico permiten el tránsito desde un desempeño asistido hacia uno autónomo, a través de apoyos progresivos que se retiran gradualmente (Vygotsky, 1978; Wood, Bruner & Ross, 1976; Kniffka, 2019).

Finalmente, modelos como las Actividades Profesionales Confiables (EPAs) han permitido operacionalizar este proceso, estableciendo niveles de supervisión que facilitan la delegación progresiva de responsabilidades en función del desempeño del estudiante (Ten Cate, 2017; Durán Pérez et al., 2022).

Marco metodológico

Con el propósito de comprender los factores que favorecen y dificultan el logro de la autonomía clínica durante la formación odontológica, desde la perspectiva de egresados recientes y docentes, este estudio se enmarcó en un paradigma interpretativista, dado que este permitió comprender los significados que las personas atribuyeron a sus experiencias en su contexto natural (Creswell & Poth, 2018; Denzin & Lincoln, 2018). Este enfoque reconoció que la realidad social es construida y múltiple, no una verdad objetiva única (Lincoln & Guba, 1985).

Asimismo, permitió captar percepciones, emociones y procesos sociales profundos mediante métodos como entrevistas, observación y análisis inductivo, elementos esenciales en la investigación cualitativa contemporánea (Charmaz, 2014; Tracy, 2020).

Esta investigación tuvo un enfoque cualitativo, ya que exploró fenómenos en profundidad para comprender significados, percepciones y experiencias dentro de su contexto natural. Debido a que se buscó generar una teoría al respecto en un campo poco explorado, como grupo de investigación se definió desarrollar este estudio bajo un diseño metodológico de teoría fundamentada, la cual surgió con Glaser y Strauss (1967) como un método inductivo para generar teoría desde los datos. Con el tiempo surgieron variantes metodológicas; una de las más influyentes es la versión constructivista consolidada por Kathy Charmaz (primera edición en 2000, ampliamente desarrollada en su 2.^a edición, 2014). La TFC, propuesta, parte de la idea de que los significados se co-construyen entre investigador y participantes. A diferencia de la versión clásica (Glaser) o sistemática (Strauss & Corbin), la constructivista reconoce la influencia del contexto, la subjetividad y la reflexividad del investigador en todo el proceso.

En coherencia con los planteamientos de Charmaz (2014), los referentes conceptuales revisados durante las etapas iniciales de la investigación no fueron utilizados como categorías analíticas predeterminadas ni como un marco explicativo destinado a anticipar los hallazgos. Por el contrario, estos referentes funcionaron como conceptos sensibilizadores que permitieron una aproximación inicial al fenómeno de la autonomía clínica y orientaron la formulación de preguntas y la exploración de aspectos potencialmente relevantes durante el trabajo de campo. Conceptos como autonomía clínica, andamiaje pedagógico, autorregulación, supervisión clínica y actividades profesionales confiables contribuyeron a ampliar la comprensión inicial del fenómeno sin limitar la emergencia de nuevas interpretaciones derivadas de los datos. Las

categorías analíticas fueron construidas progresivamente a partir de las experiencias y significados expresados por los participantes durante el proceso de codificación y comparación constante. Posteriormente, la teoría emergente fue puesta en diálogo con la literatura existente, permitiendo identificar convergencias, tensiones y aportes específicos al conocimiento sobre la formación odontológica y el desarrollo de la autonomía clínica.

Desde esta perspectiva, la teoría fundamentada constructivista permitió comprender la autonomía clínica como un fenómeno socialmente construido a partir de las experiencias de docentes y egresados. La interacción constante entre la recolección y el análisis de los datos favoreció la construcción progresiva de categorías conceptuales y de una interpretación teórica fundamentada en las voces de los participantes. Posteriormente, los hallazgos emergentes fueron contrastados y enriquecidos mediante el diálogo con la literatura existente, fortaleciendo la comprensión del fenómeno y la construcción de una explicación contextualizada sobre los factores que favorecen y dificultan el logro de la autonomía clínica durante la formación odontológica.

Contexto

La Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia fue autorizada mediante acta del Consejo Superior en 1994 e inició labores en 1996 para responder a las necesidades de salud bucal en regiones sin programas similares (Universidad Cooperativa de Colombia [UCC], s. f.-a). La UCC tiene presencia nacional en sedes como Bogotá, Medellín, Cali, Villavicencio y Pasto, lo que le otorga amplia cobertura educativa y social (UCC, s. f.-b). Su plan de estudios, basado en un currículo por competencias, forma profesionales capaces de integrar conocimientos científicos, clínicos y humanísticos para ofrecer atención odontológica

con calidad y responsabilidad social (UCC, s. f. -b). El perfil del egresado describe a un odontólogo con sólida capacidad clínica, pensamiento crítico y compromiso ético, preparado para la atención comunitaria, la innovación en salud oral, Promueve la generación y desarrollo de investigaciones en odontología y salud, evidenciando autonomía y capacidad indagatoria, así como participación en equipos multidisciplinarios (UCC, s. f. -b.). Hasta el momento se cuentan aproximadamente 216 egresados.

Participantes

Se utilizó un muestreo intencional, orientado a seleccionar participantes que pudieran aportar información directa y detallada sobre su proceso de adquisición de autonomía clínica durante la formación. Este enfoque garantizó la participación de personas con la experiencia específica necesaria para responder a los objetivos del estudio. La población de este estudio estuvo conformada por 3 egresados recientes del programa de Odontología, correspondientes a los periodos 2023-II a 2025-II, así como por 4 docentes vinculados a las prácticas clínicas. Se contempló un universo aproximado de 57 participantes (45 egresados y 12 docentes), quienes fueron contactados mediante correo institucional con información sobre el estudio y un enlace a un formulario de inscripción y consentimiento para el contacto posterior.

El estudio contó con un total de siete entrevistas (cuatro docentes clínicos y tres egresados recientes), número que se fundamentó en la suficiencia teórica alcanzada durante el proceso de análisis. Este criterio se entiende como el momento en el que la comparación constante entre los datos no aportó propiedades nuevas relevantes a las categorías en desarrollo, permitiendo su consolidación conceptual.

Es importante diferenciar este concepto de la saturación de datos, la cual hace referencia a la repetición de información sin aparición de nuevos códigos, mientras que la suficiencia teórica se relaciona con el nivel de desarrollo, densidad y consolidación de las categorías dentro del proceso interpretativo.

Se otorgó un plazo de 48 horas para confirmar la participación. Una vez los participantes aceptaron la convocatoria, se agendaron entrevistas virtuales. Para los egresados, se establecieron como criterios de inclusión: ser egresados de la UCC del programa de odontología entre los periodos 2023 II y 2025 II, y firmar el consentimiento informado. Para el equipo docente, los criterios de inclusión fueron desempeñarse como docentes clínicos activos del programa de Odontología de la misma sede y firmar el consentimiento informado. Como criterio de exclusión para ambos grupos, se consideró el no cumplimiento de los criterios de inclusión.

Instrumentos de recolección.

Las entrevistas semiestructuradas, caracterizadas por su flexibilidad y profundidad, permitieron explorar percepciones, significados y experiencias de los participantes en su contexto. Su objetivo fue obtener información rica y detallada que favoreciera la construcción inductiva de categorías y teoría, acorde con la teoría fundamentada constructivista. Estas se realizaron con un guion de preguntas abiertas y flexibles, elaborado a partir de los objetivos de la investigación y validado en términos de claridad, pertinencia y coherencia; posteriormente se ajustó tras una prueba piloto realizada con dos participantes de características similares a las de los participantes incluidos en el estudio.

Las entrevistas se efectuaron mediante Zoom, en un entorno virtual privado y seguro, acordado previamente con cada participante, de modo que se garantizara la confidencialidad y comodidad durante la conversación. Todas las sesiones fueron grabadas en audio y video, previa

autorización mediante consentimiento informado. Las grabaciones se transcribieron textualmente utilizando una aplicación especializada que garantizó fidelidad y redujo errores (Zoom); posteriormente, fueron revisadas manualmente por las investigadoras para asegurar su exactitud. Después, las transcripciones se enviaron a los participantes para su revisión y posterior aprobación (member checking). En ningún momento se emplearon nombres propios, cargos específicos, servicios clínicos identificables o referencias institucionales que permitieran reconocer a los participantes

Para proteger la confidencialidad, todos los nombres y referencias personales fueron reemplazados por códigos alfanuméricos para egresados (E1, E2...) y grupo docente (D1, D2...). La investigadora P.A.G.A., sin contacto directo con la universidad, entrevistó y codificó a los docentes, mientras que la investigadora L.L.C.R. realizó y codificó las entrevistas a egresados, con el fin de minimizar posibles sesgos. Al momento de realizar los análisis y las triangulaciones, las entrevistas ya se encontraban codificadas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas de manera progresiva hasta alcanzar la saturación de datos, entendida como el punto en el que la información obtenida deja de aportar nuevos códigos, categorías o perspectivas relevantes. Las grabaciones de las entrevistas realizadas a docentes fueron almacenadas inicialmente en el repositorio temporal del correo institucional de la Universidad del Rosario, específicamente en la nube del correo institucional de la investigadora P.A.G.A, utilizando claves de acceso para proteger las carpetas y archivos. De igual manera, las grabaciones correspondientes a los egresados fueron almacenadas en la nube del correo institucional de la investigadora L.L.C.R. Posteriormente, una vez realizadas las transcripciones y el proceso de member checking, se procedió a eliminar los archivos de audio y video.

Métodos

Estrategia de análisis de la información

El análisis de la información se realizó de manera manual siguiendo la Teoría Fundamentada Constructivista de Charmaz (2014), desde un enfoque inductivo y constructivista, en el cual las categorías emergieron de los datos mediante la co-construcción de significados entre las investigadoras y los participantes.

Familiarización con la información

En primer lugar, se realizó una lectura completa y reiterada de la información transcrita, acompañada del proceso de member checking para confirmar la información, con el propósito de lograr una inmersión profunda en los discursos de los participantes. Esta fase permitió identificar ideas recurrentes, énfasis y variaciones, así como comprender el contexto en el que se produjeron los relatos, sin realizar aún una codificación formal.

Codificación inicial

Posteriormente, se llevó a cabo una codificación inicial abierta manual, analizando los datos línea por línea o por segmentos significativos. Esta codificación fue inductiva y cercana a los datos, priorizando el uso de verbos en gerundio para captar acciones, procesos e interacciones, y utilizando códigos in vivo cuando fue pertinente.

Codificación focalizada

A continuación, se avanzó hacia una codificación focalizada, en la cual se seleccionaron los códigos más significativos o conceptualmente relevantes, utilizándolos para analizar grandes segmentos de información y avanzar hacia un mayor nivel de abstracción analítica.

Construcción y desarrollo de categorías

A partir de la codificación focalizada, se procedió a la construcción de categorías analíticas, entendidas como conceptos que representan procesos y significados relevantes del fenómeno estudiado. Estas categorías emergieron inductivamente de los datos y se desarrollaron considerando sus propiedades y variaciones.

Suficiencia Teórica

Este proceso continuó hasta alcanzar saturación de datos, es decir, cuando los nuevos datos dejaron de aportar elementos sustantivos al análisis.

Integración e interpretación teórica

Finalmente, las categorías analíticas se integraron en una interpretación teórica coherente y contextualizada del fenómeno estudiado, reconociendo explícitamente la co-construcción de significados entre las investigadoras y los participantes, en coherencia con la Teoría Fundamentada Constructivista.

Comparación constante

De manera simultánea al proceso de codificación, se aplicó el método de comparación constante, mediante la comparación entre fragmentos de datos, entre códigos y entre datos nuevos y previamente analizados. Este procedimiento permitió refinar los códigos y fortalecer la consistencia del análisis.

Se realizaron dos triangulaciones: la triangulación de investigadoras, que implicó la codificación y categorización manual individual, la elaboración de memos descriptivos y reflexivos, el contraste de interpretaciones y la resolución de discrepancias mediante discusión, y la triangulación de fuentes, que comparó la información obtenida en entrevistas a egresados y al

equipo docente. Esta estrategia buscó enriquecer la comprensión y asegurar que las categorías no dependan de una sola mirada.

Escritura de memos analíticos

Los memos analíticos desempeñaron un papel central en la trazabilidad del proceso investigativo, ya que permitieron registrar decisiones interpretativas, relaciones emergentes entre categorías y cambios progresivos en la comprensión del fenómeno. Estos registros facilitaron la toma de decisiones analíticas durante el proceso de codificación focalizada y contribuyeron a la construcción coherente de la interpretación final de los datos.

Cierre y almacenamiento

Las grabaciones, transcripciones anonimizadas, memos, tablas y matrices fueron archivadas en un repositorio seguro de la Universidad del Rosario. La clave de codificación se conservó en un archivo separado y protegido. Asimismo, se elaboró un acta de cierre y un plan de divulgación de los resultados.

Criterios de validez y confiabilidad

Para asegurar la calidad metodológica del estudio, se adoptaron los criterios propuestos por Frambach, van der Vleuten y Durning (2013): credibilidad, transferibilidad, dependencia/confianza y confirmabilidad, integrando la reflexividad como elemento transversal (Olmos-Vega et al., 2023).

Credibilidad

En el proceso de triangulación de investigadoras, cada una realizó la codificación de manera independiente, generando códigos iniciales que posteriormente fueron contrastados mediante sesiones de discusión conjunta. Durante este proceso surgieron discrepancias

interpretativas en algunas categorías, las cuales fueron resueltas mediante el análisis comparativo de los datos y la revisión de memos analíticos, lo que permitió afinar la definición conceptual de las categorías emergentes.

Adicionalmente, se realizó member checking. A partir del proceso los participantes realizaron retroalimentaciones que permitieron ajustar la interpretación de algunos hallazgos preliminares, especialmente en relación con la forma en que se conceptualizaban ciertos factores del proceso de autonomía clínica. Estos ajustes no modificaron la estructura general de las categorías, pero sí permitieron afinar matices interpretativos y fortalecer la coherencia entre los datos y su análisis.

Transferibilidad

Se logró ofreciendo descripciones densas del contexto institucional, del perfil de egresados y condiciones de la práctica clínica en la UCC, permitiendo a otros evaluar la aplicabilidad de los hallazgos.

Dependencia

Se aseguró mostrando de forma transparente y documentada el camino analítico desde los datos brutos hasta la teoría construida, de modo que el proceso pudiera ser comprendido y, en lo posible, replicado.

Confirmabilidad

Se alcanzó mediante análisis constante y supervisión cruzada entre investigadoras para reducir sesgos, manteniendo memos reflexivos que diferencien datos de interpretaciones.

Reflexividad

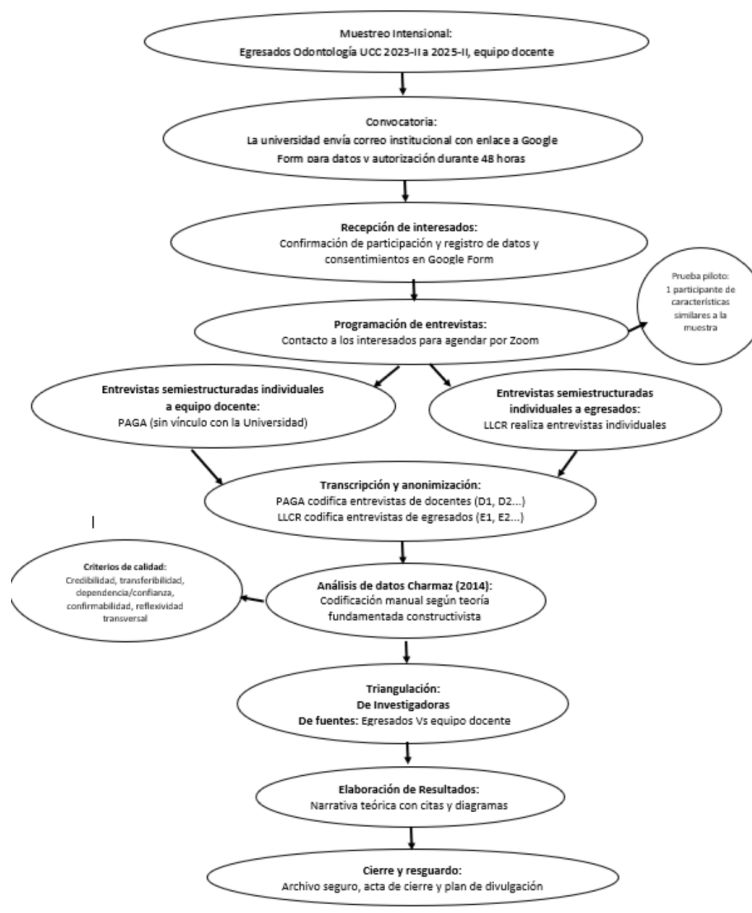
La reflexividad se asumió como un proceso continuo durante toda la investigación, reconociendo que las experiencias, supuestos y posiciones de las investigadoras influyeron en la construcción, análisis e interpretación de los datos. En este sentido, el equipo investigador reconoció su vínculo académico con la formación en ciencias de la salud y su interés en los procesos de autonomía clínica, lo cual orientó tanto la formulación de las preguntas de investigación como la lectura de los hallazgos. Esta posición permitió una comprensión situada del fenómeno, en coherencia con los principios de la teoría fundamentada constructivista.

Para gestionar esta influencia, se implementaron estrategias como la distribución de entrevistas entre investigadoras según su relación con los participantes, la codificación independiente, el uso de memos analíticos y diarios reflexivos. Estas herramientas permitieron hacer explícitas las decisiones interpretativas y contrastar posibles sesgos durante el proceso de análisis. Asimismo, la reflexividad se abordó en niveles personal, interpersonal, metodológico y contextual, lo que facilitó reconocer cómo las trayectorias de las investigadoras, la interacción con los participantes y el contexto institucional influyeron en la construcción progresiva de las categorías emergentes.

Flujograma

Ilustración 1

Flujograma



Consideraciones éticas

Esta investigación fue presentada ante el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario. El estudio se clasificó como de riesgo mínimo, conforme a la normativa vigente. Se aseguró la confidencialidad, integridad y protección de la información, en

cumplimiento con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y las normas institucionales del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario.

Con el fin de minimizar riesgos de identificación indirecta, especialmente considerando el número reducido de participantes, durante la presentación de los resultados se eliminaron referencias específicas a cargos, servicios clínicos o cualquier información que pudiera permitir reconocer a los participantes. Los datos anonimizados derivados del estudio (transcripciones, matrices de análisis y memos) permanecerán bajo custodia de las investigadoras principales y serán conservados en repositorios institucionales seguros durante el tiempo establecido por las políticas institucionales de investigación. Estos datos serán utilizados exclusivamente con fines académicos y de investigación, garantizando en todo momento la confidencialidad y protección de la identidad de los participantes.

La realización del estudio contó con el conocimiento y respaldo institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, conforme al aval otorgado para el desarrollo de las actividades de investigación.

Resultados

El análisis cualitativo se realizó con 7 entrevistas (4 docentes clínicos, 3 egresados) y permitió comprender los factores que favorecen y dificultan el logro de la autonomía clínica en odontología a partir de lo que los participantes refieren. A través del proceso de codificación y comparación constante, los hallazgos se organizaron en cinco categorías interrelacionadas: el carácter progresivo de la autonomía clínica, el rol docente y procesos de andamiaje, otros

factores asociados a mediadores pedagógicos, dimensión emocional como factor del logro de la autonomía clínica y la agencia del estudiante en su proceso formativo.

Estas categorías no se presentan de manera aislada, sino que reflejan un proceso dinámico e interrelacionado. Los hallazgos sugieren que el desarrollo de la autonomía clínica ocurre de manera progresiva y está influenciado por la interacción entre el acompañamiento docente, las condiciones pedagógicas e institucionales, la dimensión emocional y la capacidad de agencia del estudiante. En conjunto, estas categorías permiten comprender cómo se favorece o se dificulta el tránsito desde la dependencia hacia una actuación clínica cada vez más autónoma.

La relación entre las categorías identificadas se representa de manera integrada en la Figura 1, la cual sintetiza el modelo interpretativo construido a partir del análisis de los datos. La figura muestra que la autonomía clínica no depende de un único factor, sino de la interacción constante entre las categorías identificadas. Mientras el rol docente y los mediadores pedagógicos crean condiciones para el aprendizaje, la dimensión emocional y la agencia estudiantil influyen en la manera en que dichas oportunidades son aprovechadas. Este proceso ocurre de forma gradual y contribuye al desarrollo progresivo de la autonomía clínica.

Carácter progresivo de la autonomía clínica

Esta categoría reúne las referencias relacionadas con la autonomía clínica como un proceso gradual y progresivo, construido a través de la experiencia, la práctica clínica y la participación continua del estudiante en escenarios reales de atención. Los participantes describen que el estudiante transita desde niveles iniciales de dependencia hacia una participación más autónoma en la toma de decisiones clínicas.

Los participantes señalan que la autonomía no aparece de manera inmediata, sino que se desarrolla conforme el estudiante avanza en sus semestres y acumula experiencias clínicas significativas. Según los docentes entrevistados, los estudiantes de semestres iniciales requieren mayor supervisión, orientación y validación constante. En este sentido, D1 refiere que “desde quinto que comienzan hasta décimo. Y sí, los de quinto no son autónomos no tienen criterio. Eso lo van adquiriendo a medida que van avanzando”. Asimismo, D2 expresa que “ellos dependen muchísimo del profesor. Les da miedo muchas cosas, todo lo tienen que preguntar, pero a medida que va aumentando, van creciendo sus escalones”.

La práctica repetitiva y la exposición progresiva a procedimientos clínicos fueron mencionadas como elementos importantes dentro de este proceso. Los participantes describen que la repetición favorece tanto la habilidad manual como la confianza para actuar en clínica. D4 menciona que “la odontología es algo de repetir... entre más tú lo repitas, lo repitas, lo repitas, pues así mismo se te va a quedar en la memoria”. De igual forma, E3 señala como elemento importante “la práctica constante”.

Dentro de esta categoría también emergieron referencias relacionadas con la autonomía clínica en la toma de decisiones. Los participantes describen la autonomía como la capacidad de analizar situaciones clínicas, argumentar decisiones y actuar con criterio y responsabilidad frente al paciente. D3 refiere que la autonomía es “esa competencia que ellos deben tener de poder sustentar y argumentar la historia clínica, los diagnósticos y planes de tratamiento”. Asimismo, E3 menciona que “es la capacidad que uno va construyendo para tomar decisiones frente a un paciente, pero no solo decidir por decidir, sino con criterio, con seguridad, con sustento”.

Los participantes también resaltan que el desarrollo de esta capacidad depende de conocimientos previos, preparación teórica y experiencia clínica. Algunos docentes indican que

existen diferencias importantes entre estudiantes en cuanto a seguridad, criterio y capacidad para actuar de manera autónoma. D2 menciona que “ya tú sabes quién es bueno, que tenga habilidad manual, que sepa tratar a sus pacientes, que tenga conocimientos”.

Rol docente y procesos de andamiaje

Esta categoría agrupa las referencias relacionadas con el acompañamiento, guía y mediación pedagógica del docente durante el desarrollo de la autonomía clínica. Los participantes describen al docente como un actor central dentro del proceso formativo, especialmente en las etapas iniciales de práctica clínica.

Los docentes entrevistados describen estrategias de acompañamiento progresivo basadas en la demostración, explicación y delegación gradual de responsabilidades. D2 explica este proceso al mencionar: “la primera vez que ellos van a anestesiarse el profesor hace el procedimiento... ya tercero, cuarto procedimiento vamos delegándoles a ellos que vayan soltando”. Asimismo, D4 refiere que sus estrategias consisten en “mostrar y permitir hacer”.

Los participantes describen que el acompañamiento docente incluye no solo aspectos técnicos, sino también elementos relacionados con la seguridad y confianza del estudiante. D1 menciona “darle seguridad al estudiante que lo que está haciendo lo está haciendo bien”, mientras que D3 expresa la importancia de “llevarlo como muy de la mano en cada detalle, para que el estudiante pierda ese temor”.

La retroalimentación constante y el refuerzo de conocimientos también aparecen de manera reiterada dentro de esta categoría. Los docentes describen espacios adicionales de tutoría, preclínica y acompañamiento individual cuando identifican dificultades en los estudiantes. D2 menciona que “tocó reforzar mucho y trabajarles nuevamente como en teoría y preclínica”.

Por otra parte, algunos participantes refieren que la relación con el docente puede influir negativamente en el desempeño clínico y la autonomía del estudiante. D3 señala: “lo que me generaba miedo eran mis docentes”, mientras que E3 expresa que “si es una retroalimentación constructiva, uno crece. Pero si es muy tosca o muy crítica sin explicación, uno se bloquea”.

Otros factores asociados a mediadores pedagógicos

Esta categoría incluye las referencias relacionadas con condiciones curriculares, organizativas y formativas que, según los participantes, influyen en el desarrollo de la autonomía clínica. Los participantes mencionan aspectos relacionados con el diseño curricular, la integración teoría-práctica, el tiempo disponible para prácticas clínicas y las metodologías de enseñanza.

Los docentes describen dificultades relacionadas con la articulación entre contenidos teóricos y escenarios clínicos. D2 menciona que “eso es lo difícil que ellos llegan a clínica y ya se les ha olvidado todo lo que han visto atrás”. Asimismo, D1 refiere que algunos contenidos “se dan como una clase de más no con tanto caso clínico”.

Los participantes también mencionan la importancia de la práctica preclínica y del tiempo destinado a reforzar procedimientos antes de enfrentarse al paciente. D4 señala que “ahora se ve que es muy poco preclínica”, mientras que E3 expresa que “la autonomía no se puede acelerar, necesita tiempo de práctica, de exposición, de reflexión”.

Dentro de esta categoría también aparecen referencias relacionadas con la continuidad de pacientes y la posibilidad de realizar seguimientos integrales. E3 menciona que “cuando uno ve el proceso completo, desde el diagnóstico hasta el seguimiento, uno entiende mejor las decisiones”.

Dimensión emocional de la autonomía clínica

Esta categoría reúne las referencias relacionadas con emociones, percepciones de seguridad y experiencias subjetivas que influyen en la actuación clínica del estudiante. Los participantes describen el miedo, la inseguridad, la confianza y la ansiedad como elementos presentes durante el proceso formativo.

Los docentes y egresados coinciden en que el miedo a equivocarse limita la participación activa del estudiante. D2 refiere que los estudiantes “son un poquito inseguros”, mientras que E3 menciona: “yo sabía la teoría, pero me daba miedo tomar decisiones sola”.

La confianza aparece como un elemento mencionado de manera recurrente por los participantes. D2 expresa que “la seguridad que ellos van adquiriendo es lo que les hace alcanzar esa autonomía”, y E1 señala que “la confianza que ellos te dan a uno también es muy importante”.

Asimismo, se describen factores emocionales externos que afectan el desempeño clínico. Los participantes mencionan problemas personales, situaciones familiares y estados emocionales como elementos que influyen en la disposición del estudiante durante la práctica clínica. D1 menciona que “les afecta mucho su parte emocional”, mientras que E2 refiere que “el apoyo familiar fue súper esencial”.

Los participantes también mencionan la importancia de entornos seguros donde el estudiante pueda equivocarse sin sentirse juzgado. E3 expresa que “un espacio donde puede preguntar sin miedo ayuda muchísimo”.

Agencia del estudiante en su proceso formativo

Esta categoría agrupa las referencias relacionadas con la participación activa del estudiante en su aprendizaje, incluyendo motivación, disciplina, autorregulación y diferencias individuales en el proceso formativo.

Los participantes describen que algunos estudiantes muestran mayor disposición, interés y compromiso frente al aprendizaje clínico. D2 menciona “algunos pocos que realmente quieren aprender”. Asimismo, E2 refiere que “la odontología me mueve el corazón”.

La organización del tiempo y la capacidad de gestionar las demandas académicas también fueron mencionadas como aspectos importantes. E2 expresa “no saber organizar mis tiempos y siempre querer correr como los demás”.

Los participantes describen además diferencias individuales en los ritmos de aprendizaje y en el desarrollo de la autonomía. E3 menciona que “cada estudiante tiene su proceso”, mientras que D3 refiere que “ha cambiado mucho con el tiempo la autonomía, los estudiantes hay que empujarlos mucho”.

Finalmente, algunos participantes relacionan estas diferencias con factores personales, familiares y experiencias previas que influyen en la manera en que cada estudiante afronta el proceso formativo y desarrolla su autonomía clínica.

Discusión y conclusiones

La presente investigación permitió comprender los factores que favorecen y dificultan el logro de la autonomía clínica durante la formación odontológica desde el punto de vista de egresados recientes y docentes clínicos. Desde la perspectiva de la teoría fundamentada constructivista, reconociendo el papel activo de las investigadoras en la interpretación de los datos, los hallazgos evidenciaron que la autonomía clínica no constituye una capacidad adquirida de manera inmediata ni exclusivamente individual, sino una construcción progresiva, relacional y contextual que emerge a partir de las experiencias clínicas, las interacciones pedagógicas y los significados construidos por los participantes dentro de los escenarios formativos (Charmaz, 2014), lo cual fue interpretado considerando el posicionamiento y la experiencia previa del equipo investigador en formación en ciencias de la salud.

Uno de los principales hallazgos del estudio fue la comprensión de la autonomía clínica como un proceso formativo progresivo. Tanto docentes como egresados describieron que el estudiante transita gradualmente desde la dependencia hacia una mayor capacidad para tomar decisiones clínicas sustentadas en el conocimiento, la experiencia y la seguridad personal. Este hallazgo coincide con lo planteado por Fredholm et al. (2015), quienes describen la autonomía como un proceso dinámico que se desarrolla mediante la participación progresiva en escenarios clínicos reales, esta progresión no puede entenderse como una secuencia uniforme, sino como una construcción subjetiva influenciada por las experiencias particulares y los contextos de aprendizaje de cada estudiante.

Dentro de los factores que favorecen el logro de la autonomía clínica, los participantes destacaron la práctica repetitiva y la exposición progresiva a procedimientos clínicos. La repetición fue percibida como un elemento que fortalece tanto la habilidad técnica como la

confianza para actuar frente al paciente. Este hallazgo puede interpretarse desde el aprendizaje situado y experiencial, donde el conocimiento se construye mediante la participación activa en contextos reales de práctica. En concordancia con Schön (1983), la práctica reflexiva permite que el estudiante aprenda a partir de la experiencia clínica y fortalezca progresivamente su criterio profesional. Sin embargo, el estudio amplía estas perspectivas al mostrar que la repetición no solo favorece la adquisición de destrezas manuales, sino también la seguridad emocional necesaria para asumir decisiones clínicas con mayor independencia.

El rol docente emergió como uno de los factores más relevantes en el logro de la autonomía clínica. Los participantes describieron estrategias de acompañamiento caracterizadas por demostración, supervisión cercana, retroalimentación y delegación progresiva de responsabilidades. Estos hallazgos se relacionan con la teoría del andamiaje de Bruner (1984), según la cual el docente proporciona apoyos temporales que permiten al estudiante avanzar desde niveles iniciales de dependencia hacia formas más complejas de actuación autónoma. De igual manera, la teoría de la mediación de Feuerstein (1991) permite comprender que el aprendizaje clínico no depende únicamente de la exposición práctica, sino también de la calidad de las interacciones mediadas por el docente, quien orienta, guía y favorece la construcción del razonamiento clínico.

En este sentido, los hallazgos evidenciaron que el acompañamiento docente favorece el logro de la autonomía clínica cuando el estudiante percibe confianza, validación y posibilidad de participar activamente en la toma de decisiones clínicas. Esto coincide con los planteamientos de Ten Cate (2017), quien propone que la autonomía profesional se desarrolla mediante procesos de supervisión progresiva y confianza gradual en el estudiante. Asimismo, Kilminster y Jolly (2000) señalan que una supervisión clínica efectiva favorece la construcción de seguridad y

razonamiento clínico en estudiantes de ciencias de la salud. Sin embargo, esta investigación amplía dichas perspectivas al mostrar que la confianza no es únicamente técnica, sino también emocional y relacional.

Por otra parte, los participantes señalaron que el acompañamiento docente también puede convertirse en un factor que dificulta el logro de la autonomía clínica. Algunos egresados describieron experiencias marcadas por el miedo, el control excesivo y la crítica descalificadora, situaciones que generaban inseguridad, bloqueo emocional y dependencia constante del docente. Este hallazgo resulta significativo porque evidencia que la autonomía clínica no depende exclusivamente de los conocimientos técnicos del estudiante, sino también de las dinámicas relacionales que se construyen dentro de los escenarios clínicos. Desde una perspectiva socioconstructivista, esto permite comprender que el aprendizaje ocurre en interacción con otros y que dichas relaciones pueden facilitar o limitar la participación activa del estudiante en la práctica clínica.

Uno de los aportes más importantes del estudio fue el reconocimiento de la dimensión emocional como un componente central en el logro de la autonomía clínica. Los participantes describieron emociones como miedo, ansiedad, inseguridad y temor a equivocarse como factores que dificultan significativamente la toma de decisiones clínicas. Incluso algunos estudiantes con conocimientos teóricos suficientes manifestaron sentirse incapaces de actuar autónomamente debido al temor al error o a la evaluación docente. Estos hallazgos permiten comprender que la autonomía clínica no se construye únicamente desde el dominio técnico-cognitivo, sino también desde la seguridad psicológica que el estudiante experimenta dentro del escenario formativo.

Asimismo, los hallazgos mostraron que la confianza se construye progresivamente mediante experiencias de acompañamiento seguro, validación docente y posibilidad de

equivocarse sin sentirse juzgado. Esto sugiere que el logro de la autonomía clínica requiere entornos pedagógicos emocionalmente seguros que permitan al estudiante participar, reflexionar y aprender del error. En este sentido, la investigación amplía la comprensión tradicional de la autonomía clínica, frecuentemente abordada desde perspectivas centradas en el desempeño técnico, al evidenciar la importancia de los factores emocionales y relacionales en el desarrollo de la independencia profesional.

Otro de los factores identificados como facilitadores o limitantes del logro de la autonomía clínica corresponde a las condiciones curriculares y formativas. Los participantes señalaron que aspectos como la integración entre teoría y práctica, la continuidad con pacientes, la cantidad de espacios preclínicos y el tiempo destinado a la práctica clínica influyen directamente en el desarrollo de la autonomía. Estos hallazgos coinciden con Postma y White (2016), quienes plantean que el razonamiento clínico requiere experiencias progresivas y contextualizadas que permitan integrar conocimientos teóricos con situaciones reales de atención.

Particularmente, los participantes percibieron que la continuidad en la atención de pacientes favorece la comprensión integral de los procesos clínicos y fortalece la capacidad de tomar decisiones fundamentadas. En contraste, la sobrecarga académica, la insuficiente práctica clínica y algunas limitaciones del enfoque basado en competencias fueron percibidas como factores que dificultan la consolidación de la autonomía. Esto evidencia la necesidad de reflexionar críticamente sobre las estrategias curriculares implementadas en la formación odontológica y su relación con el desarrollo progresivo de la autonomía profesional.

En relación con la agencia estudiantil, los hallazgos mostraron que factores como la motivación, la disciplina, la autorregulación y el interés genuino por aprender favorecen el logro

de la autonomía clínica. Estos resultados coinciden con Gupta et al. (2024), quienes plantean que la autonomía profesional se relaciona con procesos de aprendizaje autodirigido y capacidad de autorregulación. No obstante, el estudio permitió comprender que la autonomía no puede atribuirse únicamente al esfuerzo individual del estudiante, ya que esta se construye en interacción constante con factores pedagógicos, emocionales y contextuales.

Además, los participantes señalaron que factores externos como el apoyo familiar, las condiciones económicas, las experiencias personales y el entorno emocional también influyen en el logro de la autonomía clínica. Esto permite comprender que la autonomía constituye un fenómeno complejo atravesado por dimensiones académicas, personales y sociales que interactúan continuamente durante el proceso formativo.

De manera integrada, los hallazgos muestran que el logro de la autonomía clínica no puede atribuirse exclusivamente a características individuales del estudiante ni a estrategias docentes específicas. La autonomía emerge de la interacción entre condiciones pedagógicas, relaciones de acompañamiento, experiencias emocionales y capacidades de autorregulación. Esta articulación entre categorías permitió comprender que el desarrollo de la autonomía constituye un proceso complejo, dinámico y contextualizado, en el que múltiples factores convergen para favorecer o limitar la capacidad del estudiante de actuar con independencia y criterio clínico.

Como aporte conceptual, esta investigación propone comprender la autonomía clínica como un proceso progresivo y relacional que emerge de la interacción dinámica entre el acompañamiento docente, los mediadores pedagógicos, la dimensión emocional y la agencia del estudiante. Desde la teoría fundamentada constructivista, los hallazgos sugieren que ninguno de estos elementos actúa de manera aislada; por el contrario, su interacción configura las condiciones que favorecen o dificultan el tránsito desde la dependencia hacia una actuación

clínica autónoma. Esta comprensión amplía perspectivas centradas exclusivamente en competencias técnicas o cognitivas, al incorporar de manera explícita factores emocionales, pedagógicos y contextuales en la construcción de la autonomía clínica.

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos. En primer lugar, la participación estuvo limitada a siete entrevistados pertenecientes a una única institución de educación superior, lo que restringe la transferibilidad de los resultados a otros contextos formativos. Asimismo, las dificultades en la convocatoria y disponibilidad de participantes pudieron limitar la diversidad de experiencias representadas en el estudio. No obstante, la riqueza de los relatos obtenidos y la saturación alcanzada permitieron desarrollar una comprensión profunda del fenómeno en el contexto analizado. En consecuencia, los hallazgos no buscan generalización estadística, sino ofrecer elementos conceptuales y contextuales que puedan orientar futuras investigaciones y procesos de reflexión en educación odontológica.

Recomendaciones

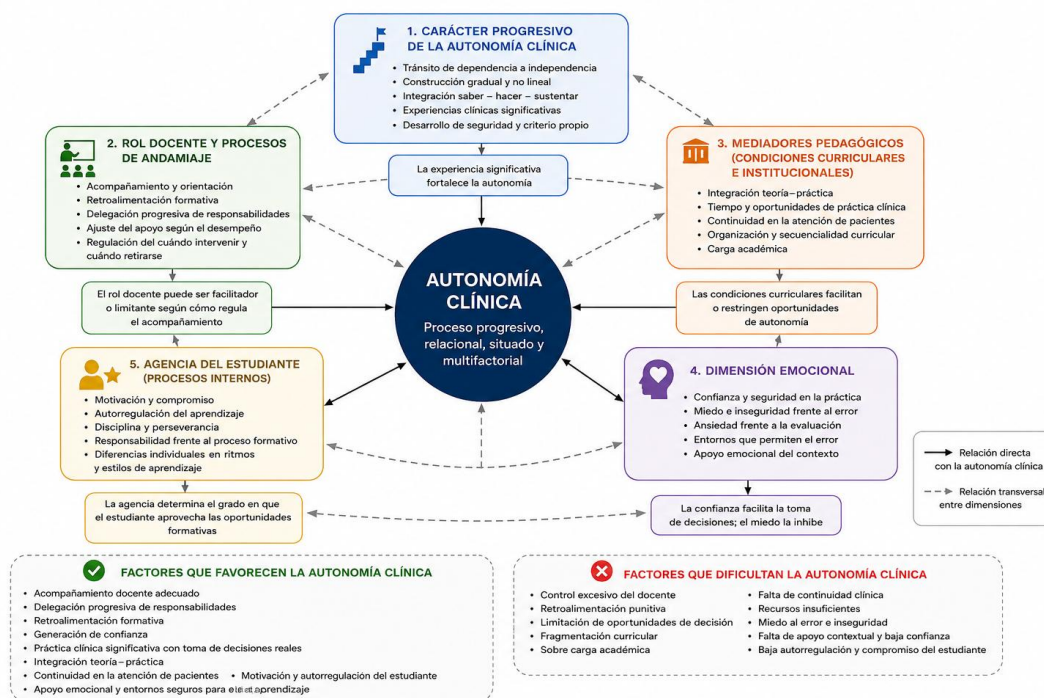
Se recomienda fortalecer estrategias pedagógicas que integren el acompañamiento emocional en la formación clínica, ya que esta investigación evidenció que factores como la confianza, la seguridad y el miedo influyen directamente en el logro de la autonomía clínica.

Se recomienda utilizar los hallazgos para la formación docente en procesos de supervisión y andamiaje pedagógico, dado que el acompañamiento, la retroalimentación y la relación docente-estudiante fueron identificados como factores determinantes en el desarrollo de la autonomía clínica.

Se recomienda que futuras investigaciones profundicen en la influencia de los factores emocionales sobre el logro de la autonomía clínica, con el fin de ampliar la comprensión de cómo estos elementos favorecen o dificultan el proceso formativo en odontología y otras ciencias de la salud.

Figura 1

Análisis de categorías emergentes del estudio



Referencias Bibliográficas

Alfakhry, G., Mustafa, K., Ybrode, K., Jazayerli, B., Milly, H., Alhoms, K., & Jamous, I. (2024). Scaffolding self-regulated learning in Operative Dentistry through Self-Assessment Training. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 11, 23821205241226820. <https://doi.org/10.1177/23821205241226820>

Ali, K., Daud, A., Ba Hattab, R., Philip, N., Matoug-Elwerfelli, M., Anweigi, L., ... & Du, X. (2023). Development of self-regulation amongst dental students in problem-based learning curricula: A qualitative study. *European Journal of Dental Education*, 27(2), 388-395. <https://doi.org/10.1111/eje.12820>

Álvarez-Helle, C., Ortiz-Moreira, L., & Pérez-Villalobos, C. (2018). Percepción de las competencias docentes del tutor clínico según estudiantes de odontología de universidad chilena. *Educación Médica Superior*, 32(2).

Álvarez, S., & Schultz, J. H. (2018). A communication-focused curriculum for dental students: An experiential training approach. *BMC Medical Education*, 18, Article 55. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1174-6>

Arunachalam, S., Pau, A., Nadarajah, V. D., Babar, M. G., & Samarasekera, D. D. (2022). Entrustable professional activities in undergraduate dental education: A practical model for development and validation. *European Journal of Dental Education*, 26(3), 373–383. <https://doi.org/10.1111/eje.12776>

Bruner, J. (2015). *La educación, puerta de la cultura*. Antonio Machado Libros.

Campany, L. N. D. S., & Rego, S. (2024). Bioética en odontología: La autonomía del paciente en los centros docentes. *Revista Bioética*, 32, e3479PT. DOI 10.1590/1983-803420243479PT.

Castro-Rodríguez, Y., & Lara-Verástegui, R. (2021). Percepciones de los estudiantes de Odontología sobre el desempeño de la docencia clínica. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 40(1), 1-15.

Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd ed.). SAGE Publications.

Coelho, C., Pooler, J., & Lloyd, H. (2018). Using patients as educators for communication skills: Exploring dental students' and patients' views. *European Journal of Dental Education*, 22(2), e291–e299. <https://doi.org/10.1111/eje.12282>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds). (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). SAGE Publications.

Durán Pérez, V. D., Durante, E., Francischetti, I., Gutiérrez Barreto, S. E., Gutiérrez Sierra, M. E., García Casallas, J. C., Mora Melanchthon, I. E., Sánchez Mendiola, M., & ten Cate, O. (2022). Bases conceptuales de las actividades profesionales a confiar para la educación de profesionales de la salud en Latinoamérica. *Educación Médica*, 23(1), Article 100714. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100714>

Feuerstein, R. (1980). *Instrumental enrichment: An intervention program for cognitive modifiability*. University Park Press.

Frambach, J. M., van der Vleuten, C. P. M., & Durning, S. J. (2013). AM last page: Quality criteria in qualitative and quantitative research. *Academic Medicine*, 88(4), 552.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828abf7f> PubMed+1

Fredholm, A., Savin-Baden, M., Henningsohn, L., & Silén, C. (2015). Autonomy as both challenge and development in clinical education. *Learning, Culture and Social Interaction*, 5, 20-27.

Gil, Y. M., & Ihm, J. (2024). Navigating the path to independent dentist: A qualitative phenomenological exploration. *International Dental Journal*, 74(6), 1337–1342.

<https://doi.org/10.1016/j.identj.2024.08.002>

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company.

Gupta, N., Ali, K., Jiang, D., Fink, T., & Du, X. (2024). Beyond autonomy: unpacking self-regulated and self-directed learning through the lens of learner agency-a scoping review. *BMC Medical Education*, 24(1), 1519.

Hissink, E., Fokkinga, W. A., Leunissen, R. R. M., Fluit, C. R. M. G. L., Nieuwenhuis, A. F. M. L., & Creugers, N. H. J. (2022). An innovative interprofessional dental clinical learning environment using entrustable professional activities. *European Journal of Dental Education*, 26(2), 262–272. <https://doi.org/10.1111/eje.12752>

Kniffka, G. (2019). *Scaffolding*. Ludwig-Maximilians-Universität München. https://epub.ub.uni-muenchen.de/61965/1/Kniffka_Scaffolding.pdf

Kilminster, S. M., & Jolly, B. C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: A literature review. *Medical Education*, 34(10), 827–840.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.

López, M. J., Melo de Andrade, M. V., Domínguez Torres, L. C., Durán Pérez, V. D., Durante, E., Francischetti, I., Gutiérrez Barreto, S. E., Gutiérrez Sierra, M. E., García Casallas, J. C., Mora Melanchthon, I. E., Sánchez Mendiola, M., & ten Cate, O. (2020). Bases conceptuales de las actividades profesionales a confiar para la educación de profesionales de la salud en Latinoamérica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e148.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.148>

Lucarelli, E., Finkelstein, C., Donato, M., Calvo, G., Del Regno, P., Gardey, M., et al. (2009). La enseñanza de prácticas profesionales en la universidad: Estilos docentes diversos para aprendizajes complejos en las clínicas odontológicas. *Profesorado: Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 13(1), 1–18.

Olmos-Vega, F. M., Stalmeijer, R. E., Varpio, L., & Kahlke, R. (2023). A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Medical Teacher*, 45(3), 241–251.

<https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287>

Postma, T. C., & White, J. G. (2016). Developing integrated clinical reasoning competencies in dental students using scaffolded case-based learning: Empirical evidence. *European Journal of Dental Education*, 20(3), 180–188. <https://doi.org/10.1111/eje.12162>

Ramaswamy, V., Munz, S. M., Nalliah, R., Fitzgerald, M., Dragan, I. F., Karimbux, N., Shin, K., & Danciu, T. E. (2021). Entrustable professional activities framework for assessment of

patient handoffs in dentistry. *Journal of Dental Education*, 85(11), 1824–1833.

<https://doi.org/10.1002/jdd.12787>

Rindlisbacher, F., Davis, J. M., & Ramseier, C. A. (2017). Dental students' self-perceived communication skills for patient motivation. *European Journal of Dental Education*, 21(3), 166–174. <https://doi.org/10.1111/eje.12196>

Riquelme-Silva, M. J., & Santelices, L. (2021). Percepciones de estudiantes y docentes acerca de las competencias del tutor clínico en odontología: Estudio descriptivo. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 24(1), 21–25.

Rodrigues, T., Cardoso, E. R., & Rossoni, E. (2022). *Achievement of professional autonomy in curricular internships of Dentistry at SUS*. *Revista da ABENO*, 22(2), 1699. <https://doi.org/10.30979/revabeno.v22i2.1699>

Rodríguez-Casanova, B., Sánchez-Murillo, A., Ricalde-Durán, L., González-Solano, P., & Pinzón-Te, A. (2015). El ámbito de la responsabilidad profesional en odontología. *Revista ADM*, 72(3), 141–146.

Romero-Beltrán, A. C., & Sánchez-Alfaro, L. A. (2019). Autonomía profesional del odontólogo en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas de Bogotá en el marco del sistema de salud colombiano. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(2), 123–138.

Sethi, A., Haq, M. A. A., et al. (2024). Developing entrustable professional activities for undergraduate operative dentistry clerkship, *BMC Medical Education*, 24, artículo 1505.

Schönwetter, D. J., Lavigne, S., Mazurat, R., & Nazarko, O. (2006). Students' perceptions of effective classroom and clinical teaching in dental and dental hygiene education.

Journal of Dental Education, 70(6), 624-635. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2006.70.6.tb04118.x>

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. SAGE Publications.

Suárez Londoño, D. P., Gallego Ramírez, J. E., Medina Restrepo, Y. N., Gallego Gómez, C. L., & Mora Moncada, A. (2011). Quejas presentadas ante el Tribunal de Ética Odontológica de Antioquia entre el 2007 y el 2010. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 23(2), 207–219.

Ten Cate, O. (2017). Entrustable professional activities in medical education: A guide for implementation. Association for Medical Education in Europe (AMEE).

Tracy, S. J. (2020). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

Tribunal Nacional de Ética Odontológica. (2022). *Magistrados del período 2020-2022*. Colegio Colombiano de Odontólogos. <https://tribunalnacionaleticaodontologica.org>

Universidad Cooperativa de Colombia. (s. f.). *Facultad de Odontología: Historia*. <https://www.ucc.edu.co/campus-pasto/nuestro-campus/facultad-de-odontologia>

Universidad Cooperativa de Colombia. (s. f.). *Sedes y campus*. <https://www.ucc.edu.co/campus>

Universidad Cooperativa de Colombia. (s. f.). *Odontología*. <https://www.ucc.edu.co/programas/pregrado/Paginas/odontologia.aspx>

Venegas-Gómez, M., Ferri-Sánchez, G., Ortiz-Solarte, A., & Verdugo-Letelier, B. (2016). Causas que afectan el proceso de transición de los estudiantes desde un ambiente simulado a uno con pacientes reales en la carrera de Odontología: Experiencia de la Universidad Diego Portales de Chile. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 19(5), 265-272.

Vygotsky, L. S. (1978). Interaction between learning and development. En M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner, & E. Souberman (Eds.), *Mind in society: The development of higher psychological processes* (pp. 79–91). Harvard University Press.

Wolcott, M. D., Mason, M. R., Broome, A. M., Tittmore, A. J., De Rossi, S. S., & Quinonez, R. B. (2021). Faculty perspectives of an entrustable professional activity (EPA) framework in predoctoral dental education. *Journal of Dental Education*, 85(12), 1919–1930. <https://doi.org/10.1002/jdd.12673>

Wood, D., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(2), 89–100. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00381.x>

Zhou, L., Cai, C., Wu, R., & Qi, Y. (2025). Effectiveness of scaffolded case-based learning in anesthesiology residency training: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 25(1), 672.

Anexos

Anexo 1. Guion para Egresados recientes de odontología

Buenos días/tardes. Muchas gracias por aceptar participar en esta entrevista.

Mi nombre es [tu nombre completo], soy investigadora del proyecto titulado *“Factores que favorecen y dificultan el logro de la autonomía clínica durante la formación odontológica, desde la perspectiva de egresados recientes y docentes de clínicas”*, avalado por la Universidad del Rosario.

El propósito de esta entrevista es conocer tu experiencia durante la formación clínica y comprender cómo se desarrolló tu autonomía profesional en ese proceso. La información que compartas será de gran valor para identificar aspectos que puedan fortalecer la formación odontológica.

Tu participación es completamente voluntaria. Puedes abstenerte de responder cualquier pregunta o retirarte en cualquier momento antes de la entrevista sin que esto tenga repercusiones académicas o profesionales. Toda la información que brindes será tratada de manera confidencial y anónima; tus respuestas serán codificadas con un número y no se mencionarán nombres reales en los informes ni publicaciones.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 minutos, y será grabada en audio y video por zoom, únicamente con fines académicos, previa autorización mediante el consentimiento informado.

¿Tienes alguna pregunta antes de que iniciemos?

Si estás de acuerdo, podemos comenzar.

Preguntas principales:

¿Qué entiendes por autonomía clínica?

¿En su ejercicio profesional usted considera que alcanza o que tiene autonomía clínica?

¿Qué factores durante su formación favorecieron o dificultaron el desarrollo de la autonomía clínica?

¿Como consideras que estos factores influyeron en el paso de la dependencia a la autonomía?

¿De qué manera el grado de autonomía clínica que alcanzaste durante tu formación ha influido en tu ejercicio profesional?

¿Qué consideras que se podría hacer para favorecer el desarrollo de la autonomía de los estudiantes de odontología actuales?

Anexo 2. Guion para Docentes de clínicas odontológicas

Buenos días/tardes. Muchas gracias por aceptar participar en esta entrevista.

Mi nombre es [tu nombre completo], soy investigadora del proyecto titulado *“Factores que favorecen y dificultan el logro de la autonomía clínica durante la formación odontológica, desde la perspectiva de egresados recientes y docentes de clínicas”*, avalado por la Universidad del Rosario.

El propósito de esta entrevista es conocer tu experiencia durante la formación clínica de los estudiantes de odontología y comprender cómo se desarrolló la autonomía profesional de ellos en ese proceso. La información que compartas será de gran valor para identificar aspectos que puedan fortalecer la formación odontológica.

Tu participación es completamente voluntaria. Puedes abstenerte de responder cualquier pregunta o retirarte en cualquier momento sin que esto tenga repercusiones académicas o profesionales. Toda la información que brindes será tratada de manera confidencial y anónima; tus respuestas serán codificadas con un número y no se mencionarán nombres reales en los informes ni publicaciones.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 minutos, y será grabada en audio y video por zoom, únicamente con fines académicos, previa autorización mediante el consentimiento informado.

¿Tienes alguna pregunta antes de que iniciemos?

Si estás de acuerdo, podemos comenzar.

Preguntas principales:

¿Qué entiendes por autonomía clínica?

¿Como caracteriza el grado de desarrollo de la autonomía en los estudiantes?

Desde tu perspectiva, ¿qué factores durante el proceso formativo inciden en el desarrollo de la autonomía de los estudiantes?

¿Como consideras que estos factores influyeron en el paso de la dependencia a la autonomía?

¿cuál sería el rol que tienen los docentes en el desarrollo de la autonomía clínica de los estudiantes?

¿Qué consideras que se podría hacer para favorecer el desarrollo de la autonomía de los estudiantes de odontología actuales?

Anexo 3 Formato de Consentimiento Informado para Participación en Investigación Hoja 1

Título del proyecto:

Factores favorecedores y dificultadores del logro de la autonomía clínica en la formación odontológica: percepciones de egresados recientes y equipo docente.

Investigadoras responsables:

Laura Liliana Castañeda Rincón

Paola Andrea Giraldo Alzate

Estudiantes de Maestría en Educación Para Profesionales de la Salud.

Universidad del Rosario y Pontificia Universidad Javeriana

Correo de contacto: Laural.castaneda@Urosario.edu.co

paolaand.giraldo@urosario.edu.co

Institución evaluadora ética:

Comité de Ética en Investigación – Universidad del Rosario, Bogotá D.C.

Información previa

Este estudio aborda el proceso formativo mediante el cual los futuros odontólogos desarrollan autonomía clínica, entendida como la capacidad del profesional para actuar con criterio propio y responsabilidad en el diagnóstico, tratamiento y comunicación con los pacientes, sustentada en principios éticos y científicos (Romero-Beltrán & Sánchez-Alfaro, 2019). Durante la formación universitaria, esta autonomía se construye progresivamente a través del acompañamiento docente y la práctica clínica supervisada, hasta alcanzar un ejercicio independiente y éticamente responsable frente al cuidado del paciente.

Referencia:

Romero-Beltrán, L. M., & Sánchez-Alfaro, L. A. (2019). *La autonomía clínica en la formación del odontólogo: reflexiones desde la práctica educativa*. Revista Colombiana de Educación, (77), 217-235.
<https://doi.org/10.17227/rce.num77-9335>

2. Propósito del estudio

El propósito de este proyecto es identificar los factores que favorecen o dificultan el logro de la autonomía clínica durante la formación odontológica, desde la percepción de egresados recientes y docentes tutores. Los resultados permitirán fortalecer las estrategias educativas basadas en competencias clínicas y responsabilidad profesional.

3. Procedimiento

Se le invitará a participar en una entrevista semiestructurada de aproximadamente 30 minutos, la cual se realizará de manera virtual por Zoom. Con su autorización, la entrevista será grabada en audio y video. Las preguntas explorarán sus experiencias formativas, la toma de decisiones clínicas y la relación docente-estudiante en los espacios de práctica. La entrevista será transcrita automáticamente por la plataforma Zoom y, posteriormente, revisada cuidadosamente por las investigadoras para garantizar su exactitud. Después, se enviará una copia de la transcripción a cada participante para que pueda leerla, verificar su contenido y confirmar que la información reflejada corresponde fielmente a lo expresado durante la entrevista.

4. Riesgos y beneficios

La participación implica un riesgo mínimo, según la Resolución 8430 de 1993, ya que no involucra procedimientos clínicos ni exposición de información sensible. Podría experimentar una leve incomodidad al recordar situaciones personales. No se ofrecen beneficios económicos, pero su participación contribuirá a mejorar la calidad educativa y las prácticas docentes en la formación clínica.

5. Voluntariedad y retiro

Su participación es completamente voluntaria. Puede abstenerse de responder cualquier pregunta o retirarse del estudio en cualquier momento, sin consecuencias académicas ni laborales.

6. Confidencialidad y manejo de la información

se reconoce la posibilidad de que se presenten relaciones de poder entre las investigadoras y los participantes, especialmente cuando estos últimos son docentes o egresados con vínculos académicos previos con la institución o con las investigadoras. Para esto, desde la entrevista hasta la transcripción anonimizada será realizada por la investigadora que no tiene relación de poder.

A cada participante se le asignará un código alfanumérico (por ejemplo, *E1*, *D1*) que reemplazará su nombre. Las grabaciones, transcripciones y archivos analíticos se guardarán en dispositivos digitales cifrados y con acceso restringido. La correspondencia entre nombres y códigos se almacenará en un archivo separado y protegido.

Las grabaciones una vez se halla hecho la transcripción y estas sean aprobadas por los participantes serán eliminadas porque no se requerirá su uso posterior. Los documentos, transcripciones de archivos analíticos, memos, datos obtenidos durante la investigación se guardarán en el repositorio propio de la Universidad del Rosario organizado a través de un plan de gestión de datos. Los resultados se presentarán de forma grupal, sin permitir la identificación de los participantes.

7. Protección de datos personales

El tratamiento de la información se realizará conforme a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Universidad del Rosario, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Los datos se utilizarán exclusivamente con fines académicos y científicos relacionados con esta investigación.

8. Divulgación de resultados

Los resultados de esta investigación serán presentados durante la sustentación de la Maestría en Educación para Profesionales de la Salud de la Universidad del Rosario. Asimismo, podrán ser divulgados en espacios académicos de carácter institucional o científico, garantizando siempre la confidencialidad y el anonimato de los participantes. En el futuro, los hallazgos podrán ser utilizados como base para publicaciones académicas, ponencias o el desarrollo de nuevas investigaciones relacionadas con el tema, en concordancia con las políticas éticas y de propiedad intelectual de la Universidad del Rosario.

9. Contactos

Investigadoras responsables:

Laura Liliana Castañeda Rincón Laural.castaneda@Urosario.edu.co

Paola Andrea Giraldo Alzate paolaand.giraldo@urosario.edu.co

Comité de Ética en Investigación –

Universidad del Rosario: comite.etica@urosario.edu.co

10. Declaración de consentimiento

Declaro que he leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y mis dudas fueron atendidas satisfactoriamente. Acepto participar de manera libre y voluntaria en esta investigación, y autorizo el uso de la información recolectada bajo las condiciones establecidas, incluyendo su análisis, almacenamiento y utilización en futuras publicaciones académicas o científicas, garantizando siempre mi anonimato y la confidencialidad de los datos conforme a la normatividad vigente.

☐ Sí autorizo la grabación en video de la entrevista.

☐ No autorizo la grabación de la entrevista.

☐ Sí autorizo el uso de mi información anonimizada en futuras publicaciones académicas o científicas.

☐ No autorizo el uso de mi información en futuras publicaciones.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Código asignado (uso interno): _____

Firma de la investigadora responsable: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Espacio reservado para el investigador

Como Investigador principal del Proyecto de Investigación: “Factores favorecedores y dificultadores del logro de la autonomía clínica en la formación odontológica: percepciones de egresados recientes y equipo docente.”, me comprometo a guardar la identidad de _____ como participante. Acepto su derecho a conocer el resultado de todas encuestas realizadas y a retirarse del estudio a su voluntad en cualquier momento. Me comprometo a manejar los resultados de esta evaluación de acuerdo a las normas para la realización de esta investigación: Resolución 8430 de 1993, Ley 1581 de 2012 para la protección de datos personales.

Firma

Nombre:

Tipo de documento: CC () Otro () Cuál: _____

Documento Identidad:

Fecha firma (dd/mm/aaaa):