Revista Biodanza & Humanismo
e-ISSN: 3028-7626

Articulo original
Vol. 4 No. 1, pp. 261-270. / e-85 / Ene-Jun, 2026

Gestión educativa en los servicios de atención primaria de salud: una síntesis teórica integrativa desde la complejidad y la transdisciplinariedad

Educational management in primary health care services: an integrative theoretical synthesis from complexity and transdisciplinarity

Arturo Flores
Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez
Ciudad Bolívar. Estado Bolívar-Venezuela
arturo3floresg@gmail.com; https://orcid.org/0000-0002-3196-5687

Recepción: 25 de febrero de 2026
Aceptado: 10 de abril de 2026
Publicado: 30 de junio de 2026

¿Cómo citar este artículo?
Flores, A. (2026). Gestión educativa en los servicios de atención primaria de salud: una síntesis teórica integrativa desde la complejidad y la transdisciplinariedad. *Revista Biodanza & Humanismo, 4*(1), 261-270. https://doi.org/10.69821/BIOHUM.v4i1.85

Copyright: © 2026 Arturo Flores; Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de uso y distribución Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

RESUMEN

El presente ensayo analiza críticamente la gestión educativa en los Núcleos de Atención Integral en Salud (NAIS) de Venezuela desde los fundamentos del pensamiento complejo y la transdisciplinariedad. Su propósito es reflexionar sobre la necesidad de superar los modelos administrativos fragmentados, mecanicistas y hospitalocéntricos, para avanzar hacia una gestión contextualizada, participativa e integradora. A partir de una revisión teórica, se examinan las relaciones entre gestión institucional, administración, formación médica, mediación pedagógica y participación comunitaria. El análisis permite identificar desafíos vinculados con la organización institucional, la supervisión, la disponibilidad de recursos pedagógicos y la limitada intervención de las comunidades en la toma de decisiones. Asimismo, se plantea la figura del docente-médico como mediador sociocultural capaz de articular el conocimiento científico, la formación universitaria y los saberes territoriales. Se concluye que la planificación estratégica situacional, el fortalecimiento de la autoeficacia y el diálogo de saberes pueden contribuir a transformar los NAIS en espacios de formación, prevención y participación social, favoreciendo una educación médica pertinente, una atención más equitativa y una mejor calidad de vida para la población.

PALABRAS CLAVE: Gestión Educativa, Pensamiento Complejo, Transdisciplinariedad, docente-médico, salud comunitaria.

ABSTRACT

This essay critically analyzes educational management in Venezuela's Comprehensive Health Care Centers (NAIS) from the perspective of complex systems thinking and transdisciplinarity. Its purpose is to reflect on the need to move beyond fragmented, mechanistic, and hospital-centric administrative models toward a contextualized, participatory, and integrative approach. Based on a theoretical review, the essay examines the relationships between institutional management, administration, medical training, pedagogical mediation, and community participation. The analysis identifies challenges related to institutional organization, supervision, the availability of pedagogical resources, and the limited involvement of communities in decision-making. Furthermore, it proposes the role of the physician-teacher as a sociocultural mediator capable of articulating scientific knowledge, university training, and local knowledge. It is concluded that situational strategic planning, strengthening self-efficacy, and knowledge dialogue can contribute to transforming NAIS into spaces for training, prevention, and social participation, promoting relevant medical education, more equitable care, and a better quality of life for the population.

KEYWORDS: Educational Management, Complex Thinking, Transdisciplinarity, Teacher-Physician, Community Health.

INTRODUCCIÓN

Los procesos educativos contemporáneos atraviesan una transformación profunda como consecuencia de los cambios sociales, culturales, económicos, científicos y sanitarios que caracterizan a las sociedades actuales. Estas transformaciones obligan a revisar las concepciones tradicionales de la gestión educativa, frecuentemente asociadas con el cumplimiento de procedimientos administrativos, la distribución de recursos y la supervisión institucional. Aunque estas funciones continúan siendo necesarias, resultan insuficientes para comprender y conducir organizaciones en las que convergen múltiples actores, conocimientos, necesidades, intereses y realidades territoriales.

La gestión educativa debe concebirse como un conjunto articulado de procesos teóricos y prácticos orientados a otorgar sentido a las acciones institucionales, fortalecer las relaciones entre sus integrantes y responder a los compromisos sociales de la educación. Desde esta perspectiva, gestionar no significa únicamente administrar, sino interpretar la realidad, tomar decisiones contextualizadas, coordinar capacidades y generar condiciones para que los procesos de enseñanza y aprendizaje contribuyan a la transformación individual y colectiva.

Esta concepción adquiere especial importancia en los espacios donde se integran la educación universitaria, la atención primaria en salud y la participación comunitaria. En estos escenarios, la actividad educativa no puede separarse de las condiciones sociales, culturales y sanitarias de la población. La formación de los profesionales de la salud requiere, además del dominio científico y clínico, capacidades para comprender los problemas territoriales, relacionarse respetuosamente con las comunidades y participar en procesos de prevención, promoción de la salud y fortalecimiento del autocuidado.

Los Núcleos de Atención Integral en Salud representan espacios en los cuales pueden encontrarse la universidad, los servicios sanitarios, los estudiantes, los profesionales, las familias y las organizaciones comunitarias. Su funcionamiento, por tanto, no debería reducirse a la atención de enfermedades ni a la realización de prácticas académicas desarticuladas. Estos núcleos poseen el potencial de convertirse en escenarios permanentes de formación, diálogo, prevención, investigación y participación social.

Sin embargo, alcanzar esta finalidad requiere superar las estructuras burocráticas, fragmentadas y hospitalocéntricas que todavía influyen en la organización de los servicios de salud. El hospitalocentrismo concentra la actuación sanitaria en la enfermedad, la atención especializada y la autoridad del profesional, relegando la promoción de la salud, la prevención y la participación comunitaria. Este modelo también puede reproducirse en la educación cuando el estudiante es considerado un receptor de conocimientos y la comunidad un espacio pasivo donde se aplican decisiones previamente elaboradas.

Frente a esta realidad, el pensamiento complejo y la transdisciplinariedad ofrecen fundamentos pertinentes para comprender la gestión educativa en salud desde una perspectiva integradora. Ambos enfoques cuestionan la fragmentación del conocimiento y proponen interpretar los fenómenos a partir de las relaciones, contradicciones, incertidumbres y múltiples dimensiones que los constituyen. Desde esta mirada, enseñar, aprender, cuidar, prevenir, organizar y participar son procesos interdependientes.

En este sentido, el propósito del presente ensayo es reflexionar críticamente sobre la gestión educativa en los Núcleos de Atención Integral en Salud desde los aportes del pensamiento complejo, la transcomplejidad, la transdisciplinariedad, la pedagogía crítica, la teoría sociocultural del aprendizaje, la gerencia social y la planificación estratégica situacional. Se sostiene que una gestión educativa orientada a la atención comunitaria debe articular el conocimiento científico, la formación universitaria, la participación social y las necesidades del territorio para promover una práctica sanitaria más humana, preventiva y transformadora.

DESARROLLO

La epistemología proporciona herramientas para examinar cómo se construye y valida el conocimiento dentro de los espacios educativos y sanitarios. Tamayo y Tamayo (1997) relaciona la epistemología con el conocimiento de las cosas en su esencia y en sus causas, mientras que Piaget (1970) la comprende como el estudio del tránsito desde estados de menor conocimiento hacia formas más avanzadas de comprensión. Esta última concepción destaca que conocer no significa recibir información de manera pasiva, sino construir, reorganizar y transformar estructuras de pensamiento.

Ceberio y Watzlawick (1998) señalan que la epistemología estudia los fundamentos, límites, métodos y condiciones de validez del conocimiento. Este planteamiento permite reconocer que toda forma de gestión se sustenta, explícita o implícitamente, en una determinada manera de interpretar la realidad. Una gestión fundamentada exclusivamente en una lógica técnica puede privilegiar indicadores, normas y procedimientos, pero dejar de lado las experiencias, valores, relaciones y saberes que intervienen en la vida institucional y comunitaria.

La realidad de los núcleos de salud no se presenta como un objeto estático, completamente previsible y separado de quienes participan en ella. Está conformada por relaciones entre docentes, estudiantes, profesionales, familias, organizaciones sociales y organismos públicos. Cada uno de estos actores interpreta los problemas desde su experiencia, sus conocimientos y sus expectativas. En consecuencia, la gestión requiere una perspectiva epistemológica abierta que permita relacionar el conocimiento científico con la comprensión social y cultural de las comunidades.

Esta apertura no implica negar la importancia del saber médico ni considerar que todas las explicaciones poseen la misma validez científica. Significa reconocer que la efectividad de una intervención sanitaria depende también de la confianza, la comunicación, las condiciones materiales de las familias, las creencias culturales y las posibilidades reales de seguir las recomendaciones. El conocimiento científico resulta indispensable, pero debe comunicarse y aplicarse mediante relaciones humanas respetuosas y contextualizadas.

Desde esta perspectiva, la gestión educativa en salud debe superar la separación rígida entre administración, pedagogía, atención médica y participación comunitaria. Una dificultad administrativa puede afectar la formación del estudiante; una deficiencia en la supervisión puede incidir en la calidad de la atención; la ausencia de recursos puede limitar las actividades preventivas; y una participación comunitaria débil puede reducir la pertinencia de los programas educativos. Estas relaciones evidencian que el funcionamiento de los núcleos de salud constituye un fenómeno complejo.

Morin (1990) define la complejidad como un tejido de acontecimientos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares que constituyen el mundo fenoménico. Lo complejo es aquello que se encuentra tejido conjuntamente y que, por tanto, no puede explicarse adecuadamente mediante la separación de sus partes. Esta idea permite comprender que la gestión educativa en salud no puede reducirse a una suma de funciones independientes.

El pensamiento complejo cuestiona los enfoques basados en la reducción, la simplificación y la búsqueda de una única explicación. Según Arce (2016), constituye una filosofía, estrategia, actitud y práctica orientada al abordaje de problemas que contienen comportamientos regulares e irregulares, previsibles e imprevisibles. Su propósito es comprender la realidad de forma integradora, dialogante y transformadora.

La gestión de los Núcleos de Atención Integral en Salud reúne estas características. En ella convergen políticas públicas, necesidades epidemiológicas, recursos institucionales, procesos educativos y dinámicas comunitarias que cambian continuamente. Por esta razón, el gestor no puede limitarse a aplicar instrucciones de manera mecánica. Debe interpretar situaciones, anticipar dificultades, promover acuerdos y ajustar las decisiones a las condiciones del contexto.

Uno de los aportes centrales de Morin es el principio dialógico, según el cual pueden coexistir elementos que parecen contradictorios, pero que también resultan complementarios. En los núcleos de salud existe, por ejemplo, una tensión entre la necesidad de cumplir normas generales y la obligación de adaptarlas a cada territorio. También se presenta una relación entre la autoridad científica de los profesionales y el derecho de las comunidades a participar en las decisiones relacionadas con su bienestar.

El principio de recursividad organizacional permite comprender que los efectos de un proceso pueden convertirse, a su vez, en causas de aquello que los produce. Una comunidad organizada puede fortalecer la gestión de los servicios, pero una gestión participativa también contribuye a fortalecer la organización comunitaria. El docente transforma al estudiante mediante la enseñanza, mientras que las preguntas, dificultades y experiencias del estudiante obligan al docente a revisar su práctica.

El principio hologramático plantea que el todo se encuentra de alguna manera presente en cada una de las partes y que cada parte contribuye a constituir el todo. Cada núcleo expresa fortalezas y limitaciones del sistema educativo y sanitario venezolano, pero también posee características particulares relacionadas con su territorio. De igual modo, cada interacción entre profesional, estudiante y comunidad puede revelar la cultura, los valores y las formas de organización predominantes en la institución.

La transcomplejidad profundiza esta visión al integrar complejidad, transdisciplinariedad, complementariedad y reflexividad. Schavino y Villegas (2010) sostienen que busca comprender el mundo presente desde la unidad del conocimiento, la existencia de distintos niveles de realidad y la emergencia de nuevas lógicas. Villegas y Morales (2015) incorporan principios como la complementariedad, la sinergia relacional, la dialógica recursiva y la integralidad.

Estos planteamientos resultan pertinentes para la gestión educativa en salud porque ningún conocimiento aislado puede explicar completamente los problemas comunitarios. La medicina aporta explicaciones sobre los procesos biológicos y clínicos; la pedagogía ayuda a comprender la enseñanza y el aprendizaje; la psicología permite interpretar comportamientos y motivaciones; las ciencias sociales analizan las relaciones, desigualdades y dinámicas culturales; mientras que las comunidades aportan conocimientos derivados de su experiencia territorial.

La transdisciplinariedad, desarrollada por Nicolescu (1996), busca comprender aquello que se encuentra entre, a través y más allá de las disciplinas. No pretende eliminar las disciplinas ni restar importancia a sus métodos, sino favorecer su apertura y articulación ante problemas que exceden sus fronteras. Esta perspectiva reconoce que los grandes desafíos de salud pública no respetan las divisiones rígidas establecidas por los currículos universitarios o las estructuras administrativas.

En los Núcleos de Atención Integral en Salud, la transdisciplinariedad puede expresarse mediante el encuentro entre medicina, educación, trabajo social, psicología, epidemiología, organización comunitaria y gestión pública. También supone incorporar los conocimientos, experiencias y prácticas de cuidado desarrolladas por las familias y las comunidades.

El diálogo entre saberes científicos y comunitarios debe ser crítico y responsable. No se trata de aceptar sin evaluación cualquier creencia o práctica, sino de escuchar, comprender y explicar. Una intervención científicamente correcta puede fracasar cuando desconoce las condiciones materiales y culturales de quienes deben llevarla a cabo. Del mismo modo, los conocimientos comunitarios deben ser analizados a la luz de criterios éticos y científicos, especialmente cuando pueden afectar la seguridad de las personas.

Paulo Freire (2009) cuestiona el modelo de educación bancaria, caracterizado por la transmisión unilateral de contenidos desde un educador considerado dueño del conocimiento hacia un estudiante tratado como receptor pasivo. Frente a este modelo, propone una educación problematizadora basada en el diálogo, la reflexión crítica y la acción transformadora.

Este planteamiento es aplicable tanto a la formación de los estudiantes como a la educación comunitaria en salud. El estudiante no debería limitarse a repetir procedimientos, sino aprender a interpretar situaciones, formular preguntas y comprender las consecuencias sociales y éticas de sus decisiones. De manera similar, los miembros de la comunidad no deberían ser tratados como receptores de órdenes médicas, sino como personas capaces de participar en la comprensión y transformación de su realidad.

La educación para la salud no consiste solamente en impartir charlas o distribuir información. Requiere desarrollar procesos que permitan a las personas comprender los factores que afectan su bienestar, analizar alternativas y tomar decisiones responsables. La información es importante, pero no produce automáticamente cambios cuando las personas carecen de recursos, apoyo o confianza en su propia capacidad.

En este sentido, la teoría de la autoeficacia de Bandura (1987) ayuda a comprender cómo las creencias sobre las propias capacidades influyen en la motivación, la perseverancia y la disposición para actuar. El fortalecimiento de la autoeficacia comunitaria puede favorecer la participación en actividades preventivas, el cumplimiento de prácticas de autocuidado y la organización de redes de apoyo.

No obstante, promover la autoeficacia no debe significar transferir a las familias responsabilidades que corresponden al Estado. El autocuidado requiere información, servicios accesibles, condiciones materiales adecuadas y acompañamiento institucional. La corresponsabilidad solo resulta legítima cuando las personas cuentan con oportunidades reales para participar y reciben el apoyo necesario.

La gerencia social aporta otra dimensión fundamental. Su propósito no se limita a obtener eficiencia administrativa, sino que busca generar equidad, participación, capital social y bienestar colectivo. Una institución puede cumplir sus procedimientos y, al mismo tiempo, mantener relaciones autoritarias, excluir a determinados grupos o desarrollar acciones poco pertinentes para la comunidad.

La gestión de los núcleos de salud debe orientarse hacia la producción de valor social. Esto implica que los resultados no pueden medirse únicamente mediante cantidad de consultas, actividades ejecutadas o recursos utilizados. También deben considerarse la calidad de la atención, el aprendizaje de los estudiantes, la participación de las familias, la continuidad de los procesos y la capacidad de responder a las necesidades territoriales.

La planificación estratégica situacional propuesta por Matus (1987) permite avanzar en esta dirección. A diferencia de la planificación normativa, que suele asumir escenarios estables y decisiones centralizadas, la planificación situacional reconoce la existencia de diversos actores, intereses, capacidades, conflictos y restricciones. Planificar significa explicar una situación, identificar problemas y construir cursos de acción viables.

Esta forma de planificación es especialmente útil en contextos comunitarios. Cada núcleo debe analizar sus problemas prioritarios, reconocer los recursos disponibles y determinar cuáles situaciones puede resolver directamente, cuáles requieren coordinación con otras instituciones y cuáles dependen de decisiones de niveles superiores.

La planificación debe ser dinámica. No basta con elaborar un documento al inicio de un período y asumir que la realidad permanecerá sin cambios. Es necesario observar, ejecutar, evaluar y reformular. Las transformaciones epidemiológicas, sociales e institucionales exigen una gestión capaz de aprender de sus propias acciones.

Dentro de este entramado adquiere especial relevancia la figura del docente-médico. Este profesional no solo desarrolla actividades asistenciales ni se limita a explicar contenidos clínicos. Actúa como mediador entre la universidad, el sistema sanitario, los estudiantes y la comunidad. En su práctica convergen funciones científicas, pedagógicas, éticas y sociales.

Desde la teoría sociocultural de Vygotsky (1979), el aprendizaje se construye mediante la interacción y la mediación de otros. La zona de desarrollo próximo representa la distancia entre aquello que el estudiante puede realizar de forma independiente y lo que puede alcanzar con orientación. El docente-médico acompaña este tránsito al demostrar procedimientos, formular preguntas, corregir errores, ofrecer retroalimentación y promover la reflexión.

Sin embargo, la experiencia clínica no garantiza por sí sola una buena docencia. El docente necesita formación pedagógica para planificar experiencias de aprendizaje, evaluar competencias y adaptar su orientación a las necesidades de cada estudiante. También requiere sensibilidad para comprender que el territorio no es únicamente un espacio donde se aplican conocimientos, sino una realidad social de la que es posible aprender.

El docente-médico debe ayudar al estudiante a reconocer que cada caso clínico corresponde a una persona con historia, relaciones familiares, condiciones económicas y formas particulares de interpretar la salud. Esta comprensión evita reducir al paciente a un diagnóstico y fortalece una práctica profesional más humana.

La gestión educativa en los núcleos de salud puede analizarse mediante cuatro dimensiones estrechamente relacionadas: institucional, administrativa, pedagógica y comunitaria. La dimensión institucional define la orientación general, las responsabilidades y la coordinación entre universidad, servicios y actores territoriales. La dimensión administrativa organiza recursos, horarios, información, infraestructura y supervisión. La dimensión pedagógica orienta la formación y el acompañamiento del estudiante, mientras que la dimensión comunitaria promueve la participación de las familias y organizaciones sociales.

Estas dimensiones no deberían funcionar de manera separada. Una buena práctica pedagógica puede debilitarse cuando no dispone de recursos o respaldo institucional. Una administración eficiente puede perder sentido cuando no responde a un proyecto educativo y social. De igual modo, la participación comunitaria se vuelve simbólica cuando las decisiones ya han sido tomadas antes de convocar a la población.

La comunidad debe participar desde la identificación de las necesidades hasta la evaluación de las acciones. Los comités de salud, consejos comunales y organizaciones territoriales pueden aportar información sobre situaciones de vulnerabilidad, recursos disponibles, prácticas culturales y dificultades de acceso. Su participación también permite aumentar la pertinencia de las actividades educativas.

No obstante, participar no significa reemplazar el trabajo profesional ni asumir responsabilidades institucionales sin apoyo. La participación debe desarrollarse dentro de relaciones de respeto, inclusión, confidencialidad y corresponsabilidad. También requiere mecanismos mediante los cuales las comunidades puedan conocer qué propuestas fueron consideradas, cuáles no pudieron ejecutarse y por qué razones.

La gestión educativa sustentada en el pensamiento complejo y la transdisciplinariedad demanda, por tanto, una transformación tanto conceptual como práctica. No es suficiente incluir estos términos en documentos institucionales si las decisiones continúan siendo verticales, las disciplinas permanecen aisladas y la comunidad es convocada únicamente para cumplir formalidades.

Asumir la complejidad implica aceptar que no existen respuestas únicas ni soluciones definitivas para todos los territorios. También exige reconocer que la incertidumbre no equivale a desorganización. Por el contrario, requiere mayor capacidad de observación, diálogo, planificación y aprendizaje institucional.

La transdisciplinariedad demanda que la universidad revise currículos excesivamente fragmentados y fortalezca experiencias de aprendizaje relacionadas con problemas reales. Los estudiantes necesitan integrar conocimientos clínicos, epidemiológicos, sociales, pedagógicos y éticos. Para ello, deben participar en actividades acompañadas y reflexivas, no únicamente en prácticas orientadas a cumplir requisitos académicos

Del mismo modo, el Estado debe superar el papel de simple financiador o regulador burocrático. Le corresponde garantizar recursos, infraestructura, formación, estabilidad del personal y mecanismos de coordinación interinstitucional. No puede exigirse innovación, participación y calidad cuando los núcleos carecen de condiciones mínimas para desarrollar sus funciones.

Las deficiencias de organización, la ausencia de orientaciones claras, la supervisión insuficiente y la discontinuidad del personal no pueden atribuirse exclusivamente a quienes trabajan en los territorios. Son problemas que requieren respuestas estructurales. La autonomía local es necesaria para adaptar las acciones, pero debe estar acompañada de respaldo técnico, recursos y políticas coherentes.

En síntesis, los Núcleos de Atención Integral en Salud pueden constituirse en espacios donde educar y cuidar sean procesos inseparables. La atención de una persona puede convertirse en una oportunidad de aprendizaje para el estudiante, mientras que la actividad educativa puede fortalecer las capacidades de autocuidado de las familias. Este movimiento recursivo expresa el sentido profundo de una gestión compleja: cada acción transforma a los actores y modifica las condiciones en las que se desarrolla.

CONCLUSIONES

La gestión educativa en los Núcleos de Atención Integral en Salud requiere superar los modelos mecanicistas que separan administración, educación, asistencia médica y participación comunitaria. El pensamiento complejo permite comprender que estas dimensiones conforman un sistema de relaciones, tensiones y retroacciones en el cual las decisiones adoptadas en un área repercuten en las demás.

La transdisciplinariedad favorece la articulación del conocimiento médico con los aportes de la pedagogía, las ciencias sociales y los saberes comunitarios. Este diálogo no supone abandonar el rigor científico, sino reconocer que los problemas sanitarios se producen en realidades humanas y territoriales que no pueden explicarse únicamente desde la biología.

El docente-médico ocupa un lugar central como mediador sociocultural. Su responsabilidad consiste en integrar la formación clínica, el acompañamiento pedagógico y la comprensión del contexto comunitario. Para ejercer esta función necesita competencias educativas, condiciones laborales adecuadas y apoyo institucional.

La comunidad debe dejar de ser considerada receptora pasiva de servicios o instrucciones. Su participación permite identificar necesidades, construir alternativas y fortalecer procesos de autocuidado. Sin embargo, dicha participación no puede emplearse como justificación para trasladar a las familias obligaciones que corresponden a las instituciones públicas.

Una gestión educativa compleja y transdisciplinaria debe combinar claridad organizacional, flexibilidad, planificación situacional, evaluación formativa y participación social. También requiere que el Estado garantice recursos, continuidad del personal y coordinación entre universidades, servicios sanitarios y organizaciones comunitarias.

En última instancia, transformar los núcleos de salud en espacios de aprendizaje, prevención y participación implica reconocer que educar también es cuidar y que cuidar supone educar. La integración entre conocimiento científico, mediación pedagógica y organización comunitaria puede contribuir a una atención primaria más humana, pertinente y comprometida con la calidad de vida de la población venezolana.

REFERENCIAS

Arce, R. (2016, 8-9 de diciembre). *Aportes del pensamiento complejo a la facilitación de grupos* [Ponencia]. Congreso Mundial por el Pensamiento Complejo: Los desafíos en un mundo globalizado, París, Francia.

Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social* (A. Rivière, Trad.). Espasa-Calpe.

Ceberio, M. R., & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo: Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Herder.

Cortés, F., & Gil, M. (1997). El constructivismo genético y las ciencias sociales: Líneas básicas para una reorganización epistemológica. En R. García (Coord.), *La epistemología genética y la ciencia contemporánea*. Gedisa.

Freire, P. (2009). *La educación como práctica de la libertad*. Siglo XXI Editores.

Matus, C. (1987). *Adiós, señor presidente: Planificación, antiplanificación y gobierno*. Pomaire.

Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinariedad: Manifiesto*. Éditions du Rocher.

Piaget, J. (1970). *La epistemología genética*. A. Redondo.

Schavino, N., & Villegas, C. (2010, 13-15 de septiembre). De la teoría a la praxis en el enfoque integrador transcomplejo [Ponencia]. Congreso Iberoamericano de Educación: Metas 2021, Buenos Aires, Argentina.

Tamayo y Tamayo, M. (1997). *El proceso de la investigación científica* (3.ª ed.). Limusa.

Villegas, C., & Morales, M. (2015). El paradigma transcomplejo: Realidad en consolidación. *Revista EAC*, (5), 68-73.

Vygotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (S. Furió, Trad.). Crítica.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No aplica.

APROBACIÓN DE COMITÉ DE ÉTICA

No aplica.

AGRADECIMIENTOS

No aplica.

CONFLICTO DE INTERÉS

No posee conflictos de intereses.

FINANCIAMIENTO

El artículo no tiene financiamiento

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD AUTORAL

Arturo Flores: conceptualización, metodología, análisis formal, redacción – borrador inicial, revisión del documento final, desarrollo de resultados, validación, supervisión, Lina Benavides: metodología, análisis formal, desarrollo de resultados, visualización.

EDITORIAL
Plataforma de acción, gestión e investigación social S.A.S. Las ideas expresadas en este artículo son responsabilidad de las personas autoras, no representan, necesariamente, la opinión de los editores o de las instituciones aliadas.