

POSGRADO EN DISEÑO DE ESPACIOS DE APRENDIZAJE

CODISEÑO DE UN ESPACIO DE APRENDIZAJE EN EL CONTEXTO DE LAS AULAS HOSPITALARIAS E INCLUSIVAS

TRABAJO FINAL DE POSGRADO

Estudiante:

Steve Fernando Pedraza Vargas

Tutor:

Anna Escofet Roig

Junio, 2025

Contenido

1.-INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	3
2.-FUNDAMENTACIÓN PEDAGÓGICA.....	5
3.-EL ESPACIO A CODISEÑAR.....	7
4.-EL PROCESO DE CODISEÑO.....	9
5.-RESULTADOS.....	14
6.-ANÁLISIS.....	18
7.-PROTOTIPO	23
8.-CONCLUSIONES	31
9.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	37

1.-INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

El diseño de espacios de aprendizaje en contextos hospitalarios exige una reflexión que trascienda las lógicas tradicionales del entorno escolar y se sitúe en la intersección entre lo educativo, lo clínico y lo emocional. Las aulas hospitalarias no pueden pensarse como simples extensiones del aula convencional, sino como entornos complejos en los que convergen necesidades pedagógicas y requerimientos médicos, y en los que el espacio debe operar como un agente terapéutico que favorezca tanto el aprendizaje como el bienestar integral del paciente (Salud y Educación, 2022). Esto implica concebir el aula hospitalaria como un entorno multifuncional y flexible, donde se fomente la participación, la creatividad y la exploración, utilizando herramientas didácticas adaptadas a las limitaciones físicas y emocionales que experimentan los estudiantes en este contexto.

En este marco, la inclusión y la accesibilidad no pueden ser asumidas como simples condiciones físicas o técnicas, sino como principios estructurantes del diseño espacial y simbólico, capaces de albergar trayectorias vitales atravesadas por la enfermedad, la fragilidad y la discontinuidad. Este diseño requiere una ecología del aprendizaje que no solo acomode cuerpos, sino que sostenga subjetividades en condiciones excepcionales.

En las últimas décadas, la educación inclusiva ha dejado de ser un ideal aspiracional para convertirse en un imperativo ético y político. Su propósito central es garantizar el derecho a la educación de todos los niños, niñas y adolescentes, sin excepción, reconociendo la diversidad como un valor enriquecedor y no como una condición a superar. Es así como, la pedagogía hospitalaria surge como una expresión concreta y avanzada de la inclusión, al ofrecer continuidad educativa a estudiantes que, debido a una condición de salud, se ven obligados a alejarse de la escuela tradicional. Esta convergencia entre inclusión y pedagogía hospitalaria no solo amplía el alcance del derecho a la educación, sino que redefine profundamente la noción de escuela, docente y aprendizaje (UNESCO, 2017).

Desde esta mirada, el aula hospitalaria se apoya en tres ejes fundamentales. En primer lugar, la inclusión y la accesibilidad, entendidas no solo como cumplimiento de normativas, sino como principios activos de diseño. Todos los elementos del aula deben ser

accesibles, adaptables y cómodos, permitiendo que los pacientes, independientemente de su condición médica o nivel de movilidad, puedan participar plenamente en las actividades educativas. Esto exige el uso de mobiliario ajustable, distribución flexible del espacio y una ambientación que favorezca tanto la autonomía como la interacción (UNESCO, 2017). En segundo lugar, el aula debe concebirse como un ambiente terapéutico, en el cual el diseño material contribuya al bienestar general del paciente. Esto incluye la utilización de colores suaves, iluminación controlada, elementos decorativos cálidos y materiales de fácil desinfección, combinando rigor sanitario con calidez emocional (Organización Mundial de la Salud, 2020; Morgan & Klein, 2021). Finalmente, el tercer eje es el apoyo a la continuidad educativa. Mantener el vínculo con el aprendizaje permite a los pacientes conservar un sentido de normalidad, evitar el aislamiento social y preservar su desarrollo cognitivo y afectivo. Para ello, el aula debe estar equipada con herramientas pedagógicas y digitales que faciliten experiencias flexibles, significativas y adaptadas al ritmo de cada estudiante (Harrison et al., 2019).

A estos tres ejes fundamentales se suma una dimensión crítica que Henri Lefebvre aporta a la comprensión del espacio como producción social. Según Lefebvre (1991), el espacio no es simplemente físico, sino una construcción simbólica, práctica y política, en la que se inscriben relaciones de poder, representaciones y formas de habitar. Desde esta perspectiva, las aulas hospitalarias no pueden reproducir los códigos normativos de la escuela convencional, sino que deben responder a las formas particulares de estar en el mundo que emergen en el hospital: la vulnerabilidad, el dolor, la espera, pero también la esperanza, la creatividad y la resiliencia. El diseño espacial, en este sentido, es una práctica de justicia: debe abrirse a los ritmos dispares del cuerpo enfermo, a las interrupciones propias del entorno clínico, y al derecho de cada niño, niña o adolescente a vivir el aprendizaje como una experiencia valiosa, incluso en condiciones de adversidad.

Desde esta mirada, cada elección de diseño —desde la disposición del mobiliario hasta la atmósfera lumínica— se convierte en una decisión pedagógica y ética (Bautista, et. al. 2021). El aula hospitalaria es un espacio donde el cuidado, el conocimiento y la subjetividad se entrelazan. No es un mero escenario para la educación, sino una ecología restaurativa que, al conjugar accesibilidad,

contención emocional y continuidad formativa, habilita formas posibles de habitar el presente y de proyectar futuros aún en la enfermedad. En ella, la arquitectura pedagógica se vuelve una práctica de cuidado, donde el espacio educa, sostiene y transforma.

2.-FUNDAMENTACIÓN PEDAGÓGICA.

La educación inclusiva, en su concepción contemporánea, rechaza modelos homogéneos y asimilacionistas. Más allá de incorporar estudiantes con discapacidad o necesidades educativas especiales, implica transformar los sistemas, culturas y prácticas escolares para que respondan a la heterogeneidad de todos los estudiantes. Esto supone eliminar barreras para el aprendizaje y la participación, garantizar condiciones de equidad, y promover el reconocimiento mutuo como fundamento de la ciudadanía democrática (Ainscow, Booth & Dyson, 2006). Como primer entorno socializador, la escuela debe convertirse en un espacio donde se enseñen activamente los valores de la tolerancia, la equidad y el respeto por las diferencias. Desde esta perspectiva, las aulas hospitalarias representan una extensión legítima y coherente del sistema inclusivo, dado que proporcionan una respuesta educativa situada, sensible a las condiciones particulares de los estudiantes hospitalizados.

La discapacidad, en este enfoque, no es un atributo individual, sino una experiencia de exclusión generada por la interacción entre una condición funcional y un entorno no adaptado. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 2001, marcó un cambio de paradigma en la comprensión de la discapacidad al subrayar su carácter universal y relacional. Según la OMS (2010), toda persona puede experimentar una situación de discapacidad en algún momento de su vida, como resultado de una enfermedad, un accidente o una condición de salud crónica. Así, la discapacidad no radica exclusivamente en la deficiencia —entendida como limitación física, sensorial o cognitiva—, sino en las barreras del entorno que restringen la participación plena y efectiva del individuo. Desde esta mirada, la pedagogía hospitalaria no solo responde a un contexto clínico, sino que opera como dispositivo de justicia educativa, al

remover obstáculos y construir condiciones de posibilidad para el aprendizaje en contextos adversos.

En este sentido, la pedagogía hospitalaria encarna un modelo de atención educativa centrado en el estudiante, que reconoce su condición de sujeto de derechos incluso en medio de la enfermedad. A diferencia de las prácticas escolares tradicionales, esta pedagogía articula cuidados clínicos y saberes pedagógicos, y se configura como una acción educativa situada, adaptativa y profundamente humanizante. Los docentes hospitalarios, lejos de cumplir un rol meramente transmisor, despliegan competencias pedagógicas, comunicativas y emocionales que les permiten generar vínculos significativos, sostener trayectorias educativas interrumpidas y acompañar los procesos de resignificación de la experiencia de enfermedad (De Ruyter & Schinkel, 2013).

La relación entre pedagogía hospitalaria y educación inclusiva no debe entenderse como una derivación, sino como una articulación estructural. Ambas comparten un núcleo ético: garantizar el derecho a aprender, independientemente de las circunstancias. Este derecho se sostiene en el reconocimiento de la diversidad como constitutiva del hecho educativo y en la necesidad de construir entornos que no discriminen ni excluyan. En el caso de las aulas hospitalarias, esto implica diseñar estrategias pedagógicas flexibles, mediadas por tecnologías accesibles, materiales adaptados y dinámicas que respeten los ritmos y estados de salud de cada estudiante. Implica también el trabajo en red con equipos clínicos, familias y comunidades educativas, en una lógica de corresponsabilidad que potencie la inclusión real y efectiva.

La pedagogía hospitalaria desafía, además, las nociones convencionales de tiempo, currículo y evaluación. En este entorno, el aprendizaje no puede estar sujeto a calendarios rígidos ni a estándares uniformes. Por el contrario, se deben reconocer los logros individuales, valorar el esfuerzo como forma de resiliencia, y promover la continuidad formativa como parte del proceso de recuperación y empoderamiento del estudiante. Como afirman Booth y Ainscow (2011), educar en la inclusión es transformar las estructuras para que todos los estudiantes puedan aprender y participar, sin importar sus condiciones personales o sociales.

En conclusión, la pedagogía hospitalaria no es un apéndice del sistema educativo, sino un laboratorio vivo de inclusión. En ella se materializa el principio de que el derecho a la educación no puede estar supeditado a la salud, la movilidad o la presencia física en una institución escolar. Es, por tanto, una pedagogía de la dignidad, que reconoce a cada estudiante como un sujeto integral, capaz de aprender, soñar y proyectarse, incluso en condiciones de vulnerabilidad. Al integrar los principios de la educación inclusiva con las prácticas de cuidado propias del entorno hospitalario, esta pedagogía nos recuerda que enseñar es, ante todo, un acto de humanidad.

3.-EL ESPACIO A CODISEÑAR.

La Clínica Marly de Bogotá es una institución reconocida por su enfoque integral en salud, combinando altos estándares de atención médica con servicios especializados. En el área de neuropediatría, busca no solo la recuperación física de los pacientes, sino también su bienestar emocional y social, aspecto fundamental para los pacientes en edades de desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). En este marco, se propone el diseño de un espacio de aprendizaje dentro del contexto de aulas hospitalarias e inclusivas que permita a los pacientes de neuropediatría continuar con su educación durante su hospitalización. Este espacio de aprendizaje es clave en la preservación del sentido de normalidad, motivación y pertenencia para los niños y niñas hospitalizados (Bossaert et al., 2018).

El aula actual cuenta con una medida de 3.80 x 5.30 metros (área total 20,14 m²) y una altura de 2.22 metros. Tiene dos ventanas de 2.40 x 1.65 metros que permiten una iluminación natural generosa, lo cual es esencial en espacios de aprendizaje hospitalarios para contrarrestar la sensación de encierro y aportar un ambiente positivo (Morgan, 2020). La puerta de 1.10 x 2.20 metros asegura accesibilidad y facilita el acceso seguro para personal, equipos médicos y visitantes.

Por otro lado, el aula tiene detalles arquitectónicos y mobiliario que pretenden crear un ambiente acogedor y funcional, aunque con algunos elementos que requieren renovación. En el techo, una roseta y una cenefa añaden un toque ornamental, complementadas por dos

fuentes de luz tenue que ofrecen una iluminación suave. En las paredes, dos muebles de madera empotrados sirven para almacenar materiales didácticos, que incluyen libros, cartillas y series de colección, así como un televisor y un equipo de sonido que facilitan actividades educativas y recreativas.

Imagen I. Fotografías del aula a ser intervenida



El aula dispone de cuatro mesas rectangulares, cada una rodeada de cinco sillas, diseñadas para permitir la interacción y el trabajo en grupo. También hay dos muebles auxiliares con gavetas

para organizar y guardar materiales de apoyo y herramientas pedagógicas. Sin embargo, el revestimiento de caucho del piso muestra un estado de desgaste significativo, lo cual afecta la seguridad y comodidad del espacio, especialmente para un entorno hospitalario que requiere superficies fáciles de limpiar y seguras para los niños. Estos elementos suponen un ambiente funcional para el personal médico y educativo, aunque con algunas áreas que necesitan actualización para cumplir con los estándares de accesibilidad y seguridad requeridos en un aula hospitalaria (imagen 1).

4.-EL PROCESO DE CODISEÑO.

Tabla 1. Participantes:

PROFESIONAL	ROL INSTITUCIONAL	FORMACIÓN
J. C.	Neuropsicóloga	Psicóloga, Especialista en Evaluación Neuropsicológica y Magister en Neuropsicóloga Clínica.
K. O.	Terapeuta Integral	Educadora en Artes y Magister en Artes Plásticas.
D. L.	Psicóloga Educativa	Psicóloga, Especialista en Desarrollo Infantil.
P. I.	Docente	Pedagoga, Magister en Desarrollo Social y Magister en Artes Escénicas
D. M.	Docente	Pedagoga, Magister en Pedagogía Hospitalaria
E. M.	Auxiliar	Estudiante de Pedagogía Infantil
M. G., G. R., J. L. y M. L.	Pacientes- Estudiantes (Niños y niñas)	Educación Básica (en curso) Pacientes del Área de Neuropediatría

Elaboración propia

El codiseño se compuso de tres sesiones consecutivas diseñadas para garantizar una adecuada exploración y desarrollo de ideas en torno al modelo de aula hospitalaria e inclusiva. Cada sesión tuvo un propósito específico: la primera se enfocó en la identificación de necesidades y el intercambio de perspectivas; la segunda estuvo orientada a consolidar propuestas y estructurar un diseño inicial de la experiencia de aprendizaje; y la tercera buscó recoger las voces de los niños para alimentar los prototipos diseñados.

Por otra parte, la estrategia metodológica consistió en realizar 3 grupos focales para fomentar la participación activa y colaborativa de los profesionales y niños. Cada grupo fue moderado para garantizar que las discusiones fueran productivas y estuvieran alineadas con los objetivos de la jornada. Las actividades incluían el análisis de casos, brainstorming sobre necesidades pedagógicas, y ejercicios prácticos de diseño que integraban los principios de inclusión y adaptabilidad que los mismos participantes habían establecido. Las sesiones reunieron a profesionales del campo educativo (4) y de la salud (2), así como a niños y niñas (4). (Tabla 1)

Sesión 1:

Identificación de necesidades y conceptualización inicial

1. Ejercicio de sensibilización: “Imágenes de aula”

- Objetivo: Sensibilizar a los asistentes en los procesos de aprendizaje dentro de las aulas hospitalarias.
- Actividad: El facilitador mostró imágenes de aulas tradicionales e intervenidas a los participantes. A la vez, comentó las características que el aprendizaje tiene en estos espacios.

2. Dinámica de conversación: “Mapa de expectativas”

- Objetivo: Identificar las percepciones y expectativas de los participantes sobre un aula hospitalaria e inclusiva.
- Actividad: Cada participante utilizó una herramienta colaborativa (canva) para responder preguntas como: ¿Qué entiendes por inclusión en un aula hospitalaria? y ¿Qué barreras crees que enfrentan los niños en un entorno hospitalario para su aprendizaje?

3. Discusión guiada: “Construcción de principios pedagógicos”

- a. Objetivo: Establecer una base conceptual común sobre las características de un aula hospitalaria.
- b. Actividad: Los participantes trabajaron en grupos pequeños para discutir casos hipotéticos relacionados con necesidades pedagógicas de niños hospitalizados. Cada grupo generó una lista siguiendo, como elemento provocador, los principios clave establecidos por expertos en el área, como flexibilidad, accesibilidad y empatía.

4. Cierre: Síntesis colaborativa

- c. Objetivo: Consolidar los insumos del grupo en una lista de necesidades priorizadas y principios básicos.
- d. Actividad: Los participantes retornaron al grupo general para compartir las conclusiones y acordar puntos comunes.

Sesión 2:

Diseño de experiencias y prototipos

1. Taller práctico: “Diseño de experiencias inclusivas”

- Objetivo: Proponer actividades de aprendizaje que integren el modelo de aula hospitalaria e inclusiva.
- Actividad: Cada grupo pequeño trabajó en la creación de una experiencia educativa específica (e.g., sesión de lectura, actividad de arte o juego educativo). Se les brindó un guion que deben completar con los siguientes elementos:
 - Objetivo de la actividad
 - Descripción de la actividad
 - Recursos necesarios en el ambiente.
 - Aplicación de principios.
 - Características del ambiente (según principios-sesión 1).

Imagen 2. Carta fenomenológica

Luz	Sonido	Textura
Aroma		Sabor
Sensación	Idea	Interacción
Forma	Espacios	Colores

2. Preparación de prototipos

- **Objetivo:** Identificar las características que debe contener el espacio de aprendizaje hospitalario.
- **Actividad:** Los participantes llenaron con imágenes una carta fenomenológica (Tipo: Moodboard).

Luego, cada grupo presentó su propuesta al resto del equipo para explicar cómo su carta promueve el aprendizaje inclusivo (imagen 2).

3. Dinámica de cierre: “Compromisos futuros”

- **Objetivo:** Definir próximos pasos para implementar las propuestas.
- **Actividad:** Cada participante fue invitado a comentar una breve reflexión sobre cómo aplicará los aprendizajes en su entorno profesional.

Sesión 3:

Recoger las voces de los niños sobre el aula hospitalaria

Estas actividades sirvieron como base para los prototipos diseñados en la sesión 2 y estaban alineadas con los principios de inclusión, flexibilidad, bienestar e interacción construidos en los primeros grupos focales:

1. Dinámica de apertura: “Mi aula ideal”

- **Objetivo:** Identificar las percepciones iniciales de los niños sobre cómo debería ser un aula hospitalaria e inclusiva.
- **Actividad:** Los niños dibujaron su aula ideal en hojas grandes y, al finalizar, compartieron sus dibujos con el grupo, explicando los elementos que incluyeron. Preguntas orientadoras como: ¿Qué colores tendría tu

aula?, ¿Qué cosas te gustaría encontrar allí? y ¿Qué actividades harías en ella?

2. Actividad principal: “Historias de un aula mágica”

- Objetivo: Recoger las ideas y propuestas de los niños de manera creativa para integrarlas en el diseño del aula.
- Actividad: A través de una narración guiada, se invitó a los niños a imaginar una historia sobre un aula mágica que ayuda a los niños a aprender y sentirse felices. Durante la historia, se hicieron pausas para que los niños respondieran preguntas como: ¿Qué cosas tiene esta aula mágica para que todos se sientan bien?, ¿Cómo ayuda a los niños que no se sienten bien físicamente? Y ¿Qué juegos o actividades incluirían?

3. Cierre: “Mi aporte al aula”

- Objetivo: Consolidar las propuestas de los niños y fomentar un sentido de pertenencia hacia el diseño del aula.
- Actividad: Cada niño dibujó en una hoja algo que aporta para ayudar a otros niños en el aula hospitalaria. Luego, presentaron sus aportes al grupo mientras el facilitador organizó las ideas en categorías (principios trabajados en sesión 1).

5.-RESULTADOS

Sesión 1:

Exploración de necesidades y perspectivas

Descripción narrativa: Los participantes compartieron sus percepciones sobre el ambiente hospitalario y las aulas tradicionales. Las imágenes detonantes provocaron respuestas críticas sobre la deshumanización de ciertos entornos hospitalarios y educativos.

Ejemplos de citas textuales:

- “Esta aula es más fría y esta tiende a ser más cálida y más propositiva.”
- “No nos invitan a la autonomía ni convocan al juego.”
- “El aula del hospital es un espacio en el que se saturan todos los elementos para generar una percepción que no facilita el aprendizaje.”



Conclusiones preliminares:

- Existen percepciones negativas asociadas a las aulas hospitalarias tradicionales.
- Se requiere de espacios cálidos, seguros y con sentido pedagógico para responder a las necesidades emocionales, cognitivas y sensoriales.

Relación con el codiseño: Esta sesión sentó las bases para la construcción colectiva de los principios pedagógicos, desde la mirada crítica y experiencial de los participantes.

Principios pedagógicos derivados.

1. Flexibilidad: Planes de trabajo personalizados, tiempos adaptados y acompañamiento constante.

2. Accesibilidad: Evaluaciones diagnósticas, uso de tecnología adecuada, espacios accesibles.
3. Bienestar: Acompañamiento emocional, validación afectiva, refuerzo positivo.
4. Interacción (categoría emergente): Participación activa del niño, redes de apoyo afectivo, comunicación horizontal.

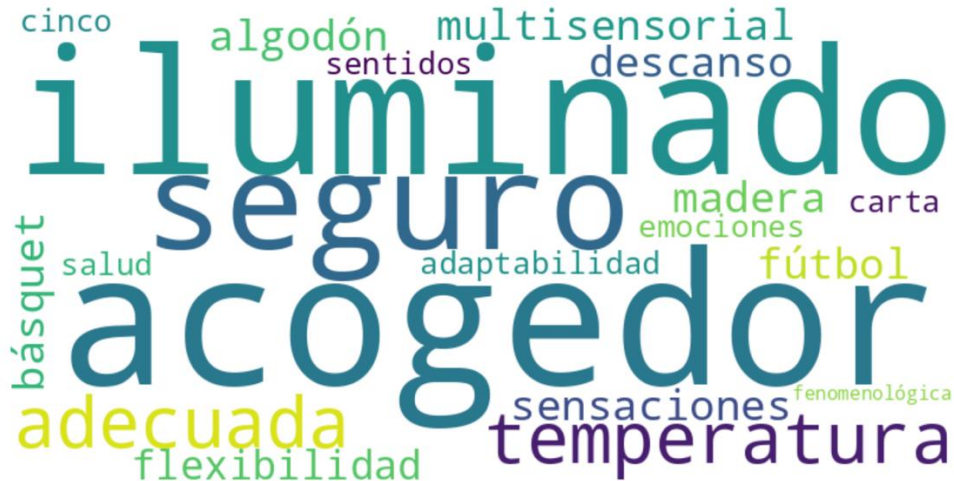
Sesión 2:

Consolidación de propuestas

Descripción narrativa: Los participantes desarrollaron propuestas pedagógicas y ambientales basadas en los casos analizados. Se construyó una carta fenomenológica que abordó los cinco sentidos y las emociones asociadas al espacio. Además, se diseñaron aulas ideales a partir de elementos deseados.

Ejemplos de citas textuales:

- “El aula debe ser un espacio acogedor, iluminado, seguro, con una temperatura adecuada y recursos multisen-soriales.”
- “La mezcla de sensaciones entre la suavidad del algodón y la fuerza de la madera.”
- “Me gustaría un aula con espacios para jugar fútbol, básquet o hacer un deporte... con lugares para descansar.”



Conclusiones preliminares:

- El ambiente debe permitir una experiencia sensorial y emocional positiva.
- La flexibilidad del espacio y la adaptabilidad a diferentes condiciones de salud son condiciones necesarias.
- La voz de los niños se convierte en una guía para diseñar espacios significativos.

Relación con el codiseño: Esta sesión fortaleció el principio ambiente desde una visión integral que incorpora lo físico, sensorial y emocional.

Sesión 3:

Voces de los niños y niñas

Descripción narrativa: Los niños y niñas compartieron sus sueños, deseos y necesidades respecto al aula ideal. Imaginaron espacios mágicos, lúdicos y empáticos que promuevan la inclusión y el bienestar. Se realizaron mapas visuales y dibujos que evidencian las transformaciones esperadas.

Ejemplos de citas textuales:

- “El aula tiene un ser mitológico con buena vibra que hace que todos quieran estar bien.”
- “Pantallas que permitan que todos vean sin problemas... controles para poner programas que se vean en otras partes.”
- “Mucho amor para poder entender.”



Conclusiones preliminares:

- Los niños priorizan la empatía, el juego, la libertad, la tecnología accesible y el acompañamiento emocional.
- Los principios pedagógicos emergentes fueron reafirmados y ampliados.

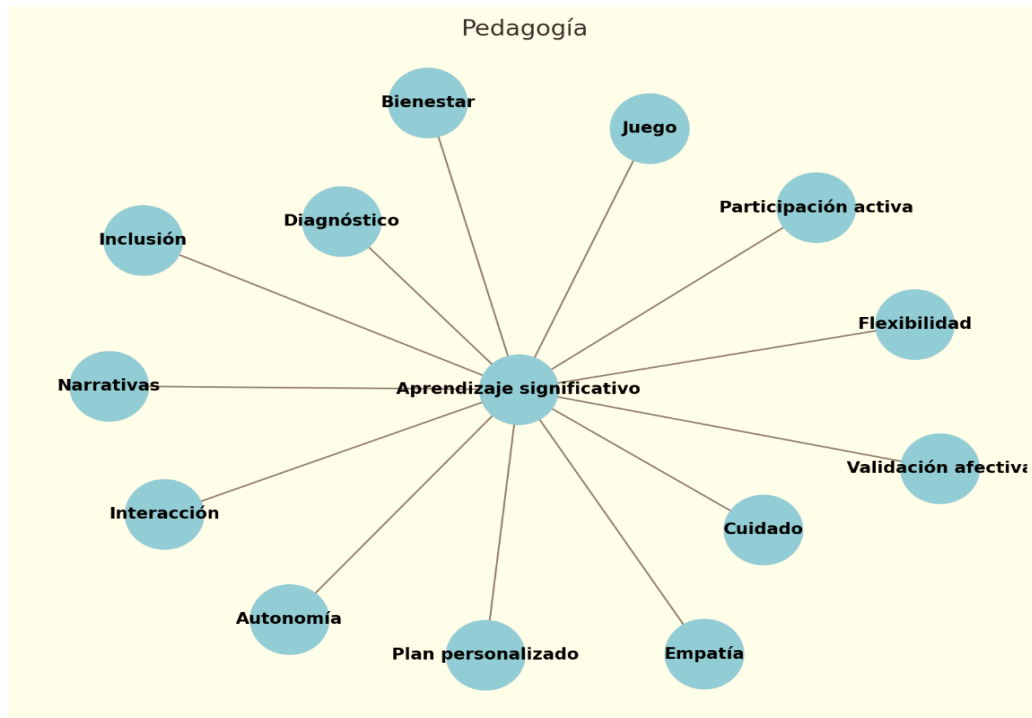
Relación con el codiseño: Se fortalecieron los principios de interacción (como categoría emergente) y bienestar (como resignificación del principio de empatía).

6.-ANÁLISIS

A continuación, se presenta el análisis por categorías según el Modelo de Smart Classroom (Bautista, et. al. 2023):

Categoría PEDAGOGÍA: Aprendizaje centrado en el estudiante

Mapa 1. Categoría pedagogía.



- Las propuestas apuntan a un enfoque centrado en las necesidades emocionales y físicas del niño hospitalizado, reconociendo la importancia de la empatía, la individualización del aprendizaje y la interacción social.
- Se promueve la flexibilidad curricular y metodológica, permitiendo que el proceso de enseñanza-aprendizaje se adapte al estado de salud, intereses y ritmos del niño o niña.
- La inclusión se concibe como participación activa y significativa, más allá del acceso al currículo.

Vínculo con Smart Classroom:

- En este modelo, el aula no es solo un espacio de transmisión de contenidos, sino un entorno de experiencias adaptativas, personalizadas y colaborativas.
- Las estrategias propuestas (uso de tableros accesibles, buzón de afectos, rincón de calma, redes afectivas) fomentan la agencia

del estudiante, la autoexpresión y el trabajo emocional como parte del aprendizaje.

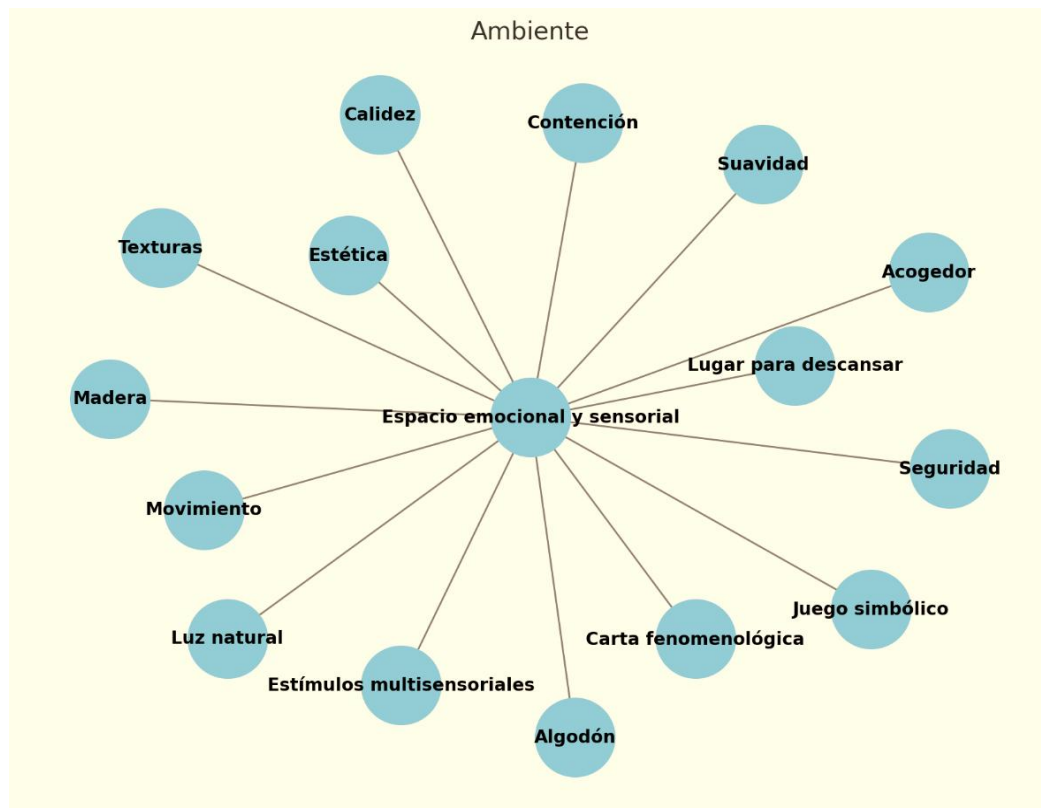
Ejemplo destacado:

“La participación debe ser posible independientemente de edad, habilidades y condiciones.”

Categoría AMBIENTE:

Diseño físico y emocional del espacio

Mapa 2. Categoría ambiente.



- Se identificó que los espacios tradicionales hospitalarios son fríos, alineados, impersonales y poco estimulantes.
- Se construyó colectivamente una visión de ambiente cálido, sensorialmente estimulante, con formas curvas, luz natural, aromas familiares, texturas agradables y espacios personalizables.

- La carta fenomenológica refuerza la importancia del ambiente emocionalmente seguro que convoque a estar, compartir y aprender.

Vínculo con Smart Classroom:

- La dimensión ambiental del modelo Smart Classroom reconoce que el entorno afecta directamente la motivación, el bienestar y la concentración.
- Espacios flexibles, ergonómicos, estéticamente agradables y emocionalmente seguros son condición para aprendizajes significativos.
- La inclusión de un "rincón de calma" y zonas de juego articula directamente con el principio de bienestar como parte del entorno de aprendizaje.

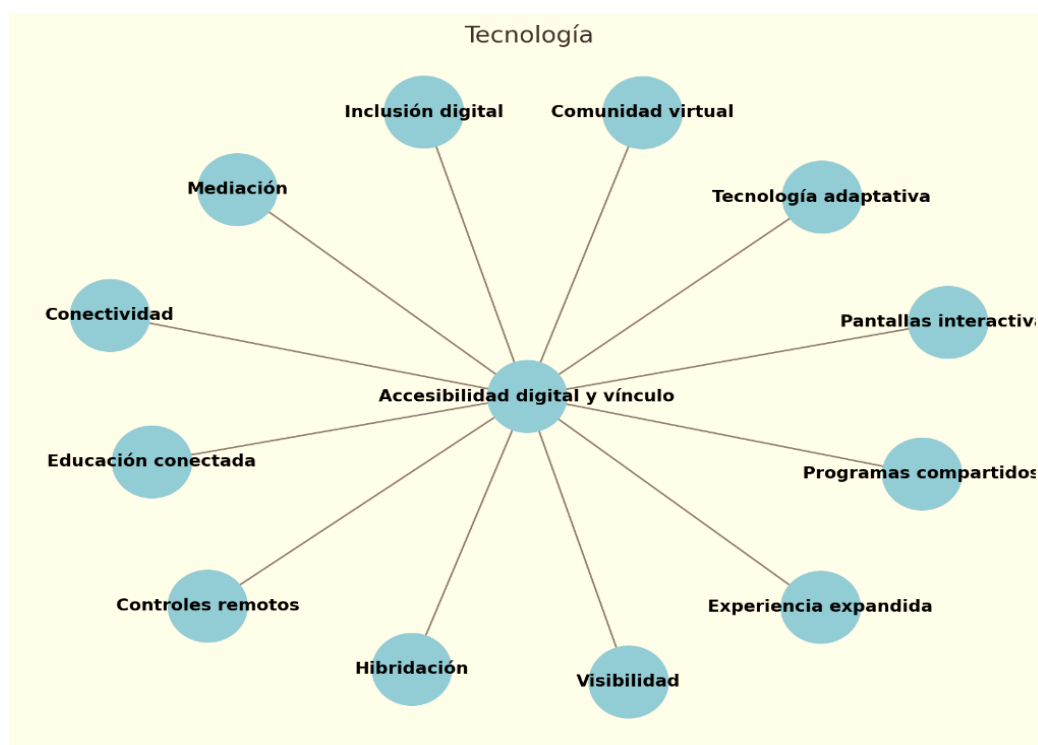
Ejemplo destacado:

“La sensación que se despierta al estar en familia, en casa.”

Categoría TECNOLOGÍA: Herramientas al servicio de la experiencia de aprendizaje

- Los participantes incluyeron tecnologías como pantallas conectadas, recursos digitales interactivos, acceso remoto a contenidos y redes, sin convertirlos en el centro de la propuesta.
- Se reconoce que la tecnología debe ser accesible y adaptada, especialmente para estudiantes con movilidad reducida o necesidades específicas.
- Las tecnologías se propusieron como facilitadoras de conexión emocional y aprendizaje colaborativo, no solo como instrumentos informativos.

Mapa 3. Categoría tecnología.



Vínculo con Smart Classroom:

- Este modelo integra tecnología de forma contextualizada, significativa y centrada en el aprendizaje activo y personalizado.
- Las tecnologías deben habilitar el aprendizaje sin imponer rigidez o aumentar las barreras.
- El uso propuesto en la jornada coincide con un enfoque donde la tecnología acompaña, amplía y facilita, pero no sustituye el vínculo humano ni el diseño pedagógico.

Ejemplo destacado:

"Pantallas con conectividad para mantener el vínculo con el colegio o con otros niños."

7.-PROTOTIPO

Imagen 3. Plano medio.



El ejercicio de codiseño del aula hospitalaria facilitó el diseño de un espacio que ofrece un ambiente acogedor, inclusivo, accesible y estimulante. El espacio cuenta con muebles ergonómicos adaptados a diferentes edades y necesidades, incluyendo sillas coloridas, mesas accesibles para sillas de ruedas y un sofá cómodo para acompañantes. La decoración es cálida y amigable, con ilustraciones infantiles, plantas naturales, estanterías de almacenamiento y una pantalla en la pared que muestra contenido audiovisual. Las ventanas amplias permiten la vista hacia los ambientes naturales externos, lo que refuerza la sensación de bienestar. Además, en una de las esquinas se encuentra el “Buzón de Afectos” (sugerido en el proceso conversacional con los participantes), un espacio simbólico que invita a la expresión emocional, fortalece las relaciones y el contacto con las familias y amigos. Es así como, la disposición del mobiliario y los elementos decorativos sugieren un entorno diseñado no solo para el aprendizaje, sino también para el juego, la contención emocional y la interacción social en un contexto hospitalario (imagen 3).

Imagen 4. Plano isométrico

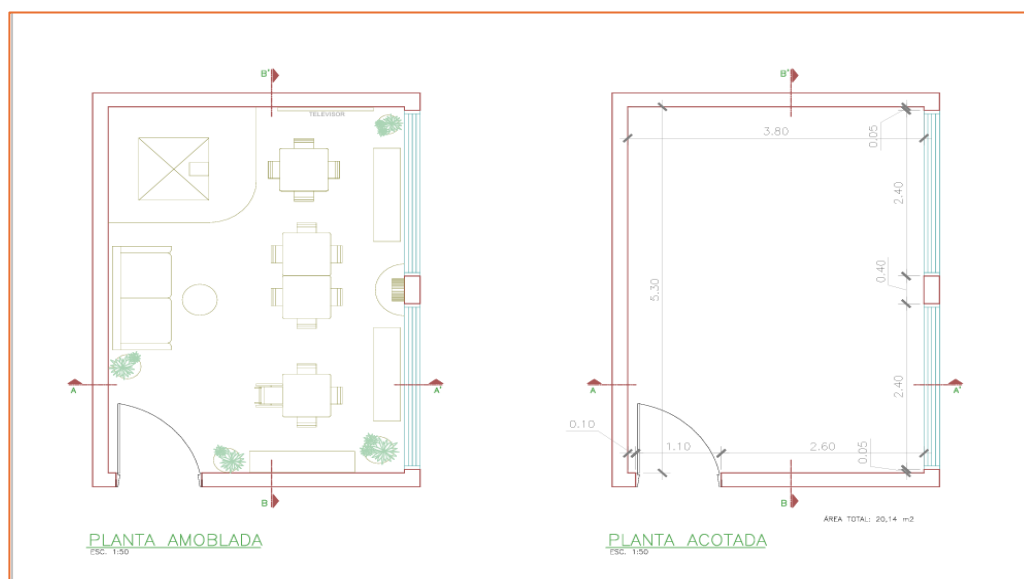


El espacio está dividido en zonas diferenciadas: un área de lectura con sillones cómodos, una zona de juego con una pequeña carpa tipo tipi (opcional), y varias mesas de trabajo con sillas de colores y acceso para usuarios en silla de ruedas. La presencia de plantas, estanterías con libros, alfombras redondas y murales con formas naturales refuerza un ambiente tranquilo y estimulante; además, tienen características distintivas que permiten diferenciar los espacios cocreados (imagen 4).

Por otro lado, hay una pantalla interactiva dispuesta para actividades audiovisuales y uso de tecnologías que facilitan ajustes razonables para la población atendida en procesos como atención, percepción, memoria, motricidad y motivación. Además, conexión a wifi y facilidades para el uso de dispositivos tecnológicos (tabletas, celulares, entre otros dispositivos) en clave de DUA. El diseño combinado (material e inmaterial) transmite calidez, cuidado e interacción, integrando criterios de accesibilidad, confort emocional y estimulación sensorial, elementos clave en un entorno educativo dentro del contexto hospitalario.

En este sentido, este espacio educativo ha sido diseñado para estimular los sentidos y promover el bienestar integral de niñas y niños. La luz natural entra abundantemente por las amplias ventanas, creando un ambiente cálido y acogedor que se complementa con una iluminación artificial suave y bien distribuida, evitando sombras duras y reduciendo la fatiga visual. El ambiente sonoro se mantiene controlado mediante el uso de materiales absorbentes como alfombras, cojines y muebles tapizados, lo que permite una atmósfera tranquila que favorece la concentración y la interacción respetuosa. En el aire se perciben aromas suaves y agradables, probablemente gracias al uso de plantas naturales que no solo decoran, sino que purifican el ambiente. Las texturas son variadas: suaves en las superficies acolchadas, lisas en las mesas de trabajo y rugosas en los elementos naturales como la madera y las fibras vegetales, invitando a la exploración sensorial. Los materiales predominantes son cálidos, sostenibles y accesibles, como la madera, el algodón y los tejidos lavables, todos seleccionados para generar una experiencia inclusiva, segura y estimulante.

Imagen 5. Planta amoblada y acotada (escala 1:50)

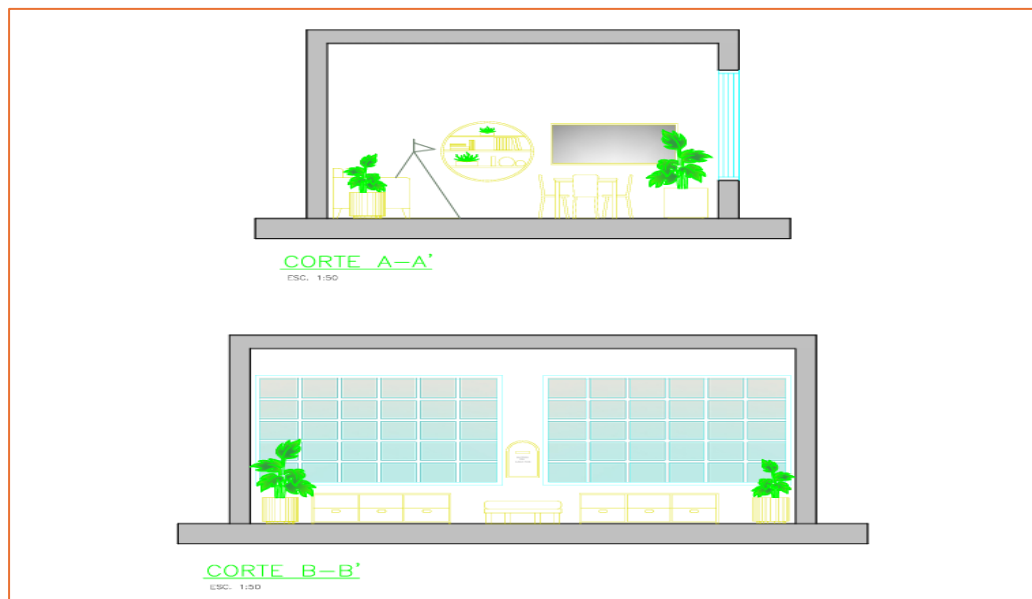


Desde la perspectiva del wayfinding, el espacio ofrece una organización espacial que facilita la orientación y el desplazamiento autónomo dentro del aula. La disposición clara de las zonas funcionales —como el área de actividades grupales, la zona de juego o lectura, y los espacios de almacenamiento— permite que niños, niñas y adultos identifiquen con facilidad los usos del espacio y se ubiquen rápidamente. La ubicación de las ventanas en un extremo del aula actúa como un punto de referencia visual natural, mientras que los

elementos diferenciados por forma y color contribuyen a la creación de hitos espaciales que guían la navegación. Además, la separación de zonas por colores (verde, naranja, beige) refuerza la comprensión intuitiva del entorno, lo cual es clave para apoyar procesos de autonomía y toma de decisiones en los usuarios, especialmente en contextos educativos o terapéuticos (imagen 5).

El wayfinding está estrechamente relacionado con el funcionamiento del cerebro, particularmente con el hipocampo, la región encargada de la memoria espacial y la orientación. Cuando los espacios están organizados con señales claras, rutas intuitivas y puntos de referencia visuales, el cerebro procesa con mayor facilidad la información del entorno, reduciendo la ansiedad y facilitando la toma de decisiones. Esto es especialmente importante en contextos como hospitales, donde la claridad en la orientación impacta positivamente en el bienestar y la autonomía de los usuarios.

Imagen 6. Corte B-B (escala 1:50)



En el codiseño se emplean también principios de la biofilia al integrar elementos naturales y formas que evocan el entorno orgánico. La presencia de plantas distribuidas en distintos puntos del espacio promueve una conexión visual con la naturaleza, lo cual favorece la reducción del estrés y el aumento del bienestar emocional. Uno de los aspectos más significativos es el mural ubicado en una de las paredes, que representa imágenes de la naturaleza —paisajes serenos—, reforzando simbólicamente la conexión con el mundo natural incluso en un entorno cerrado. La entrada de luz natural a través de grandes ventanas, combinada con materiales que sugieren texturas cálidas

como la madera y los textiles suaves, crea una experiencia sensorial acogedora. Este enfoque favorece la creación de un ambiente emocionalmente seguro, tranquilo y estimulante, especialmente valioso en contextos educativos o terapéuticos, al facilitar el descanso, el juego y la concentración a través de un entorno que remite al equilibrio y la vitalidad de lo natural (imagen 4).

En entornos hospitalarios y, especialmente, en servicios neuropediátricos, la incorporación de plantas debe hacerse con criterios de seguridad, bajo mantenimiento y beneficios terapéuticos. Se recomienda el uso de especies como Sansevieria (lengua de suegra), Zamiculca, Poto (*Epipremnum aureum*) y Palma Areca, por ser resistentes, purificadoras del aire y no representar riesgos tóxicos. Estas plantas ayudan a mejorar la calidad del ambiente al reducir el dióxido de carbono, aumentar la humedad y proporcionar una sensación de frescura y vida al espacio. Además, pueden ser dispuestas en jardineras altas o macetas colgantes para evitar el contacto directo, garantizando así la seguridad de los pacientes y facilitando su integración estética.

Imagen 7. Mobiliario



Por último, la estrategia de diseño generada para fomentar la interacción social dentro del aula hospitalaria se fundamenta en la creación de microespacios flexibles que promuevan el encuentro entre niños, cuidadores y profesionales. Se incorporan zonas con mobiliario móvil y en disposición circular o semicircular, que invitan a la conversación, el trabajo colaborativo y el juego compartido, respetando al mismo tiempo la intimidad y las condiciones médicas de los pacientes. La elección de colores cálidos, materiales agradables al tacto y elementos visuales estimulantes favorece un ambiente acogedor, mientras que la integración de superficies para la creación conjunta

refuerza el sentido de comunidad y pertenencia. Esta estrategia, al priorizar el vínculo entre los usuarios, contribuye tanto al bienestar emocional como al proceso educativo y terapéutico en el contexto hospitalario (imagen 7).

En la misma línea, el "Buzón de Afectos" es un recurso simbólico y afectivo que fortalece la interacción social al ofrecer un canal íntimo y creativo de expresión para los niños hospitalizados. Ubicado en un punto visible y accesible dentro del aula, este dispositivo permite que los pacientes depositen dibujos, mensajes, deseos o reflexiones, generando un puente comunicativo entre ellos y el equipo educativo, las familias y otros niños. Esta herramienta no solo estimula la imaginación y el lenguaje, sino que también actúa como medio de conexión emocional, permitiendo a los participantes compartir anhelos, inquietudes o palabras de aliento. Además, la lectura o exposición periódica de algunos mensajes seleccionados fomenta el reconocimiento mutuo, el sentido de pertenencia y la construcción de una narrativa colectiva dentro del entorno hospitalario.

En síntesis, el prototipo del aula hospitalaria presentada se fundamenta en una propuesta integral que articula funcionalidad, bienestar emocional y estimulación cognitiva para los niños y niñas hospitalizados. A partir de principios de biofilia, se incorporan elementos naturales como murales con imágenes de la naturaleza y plantas adecuadas para contextos clínicos, favoreciendo un ambiente restaurativo. El diseño también privilegia el wayfinding, facilitando la orientación espacial a través de una distribución clara, accesible y coherente con el funcionamiento cerebral. Se promueve la interacción social mediante la organización flexible del mobiliario, que posibilita encuentros espontáneos y actividades colaborativas, y a través de dispositivos simbólicos como el "buzón de afectos", que nutre la comunicación emocional y creativa. Esta propuesta, incluso, trasciende la dimensión física a través de la tecnología, utilizando dispositivos de apoyo virtuales (promotores de la accesibilidad), para consolidarse como un entorno de aprendizaje, cuidado e interacción significativa en contextos hospitalarios pediátricos.

Descripción del entorno digital

- Tipo de entorno utilizado: Moodle, Canvas o Google Classroom
- Tipo de conectividad: WIFI

Tabla 2. Herramientas digitales.

Tecnología digital	Situación física	Argumentación	Documentación
Aplicaciones para dificultades de atención, memoria y fatiga			
Lumosity	La App será consultada en los dos computadores que se prevén incluir en el codiseño.	Edad recomendada: 5 a 12 años Descripción: La App es un programa en línea que consiste en diversos juegos para mejorar y entrenar la atención, la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento, la resolución de problemas y la flexibilidad cognitiva. Aunque está diseñado para adultos, tiene actividades que pueden ser útiles para niños más grandes con dificultades de atención asociadas a trastornos del desarrollo o a condiciones biomédicas.	https://youtu.be/rFIbWyBFj4k?si=s2h6O-5IJ7525TKa
Cogmed	La App será consultada en los dos computadores que se prevén incluir en el codiseño.	Edad recomendada: 6 a 14 años Descripción: La App es un programa de entrenamiento online basado en la investigación neurocientífica para ayudar a niños desde los 4 años, adolescentes y adultos a mejorar con éxito la atención de manera sostenible mediante un entrenamiento efectivo de su memoria de trabajo. Es un programa especializado que está	https://youtu.be/SMYGcw27m1I?si=UeMS6bkBycHsuI7C

		dirigido por terapeutas o profesionales y es especialmente útil para niños con dificultades de atención leves y moderadas subsecuentes a cuadros biomédicos transitorios.	
Tecnologías de apoyo para la percepción visual y la recepción limitada de información			
ZoomText	La App será consultada en los dos computadores que se prevén incluir en el codiseño.	Edad recomendada: 5 años en adelante (dependiendo del nivel de discapacidad visual) Descripción: Es un App de ampliación de texto y pantalla para personas con baja visión. Ayuda a niños con dificultades visuales a ver texto, imágenes y objetos en su pantalla con mayor claridad lo que facilita la recepción de información mediante la incorporación de un ajuste razonable.	https://youtu.be/UtXfaKiTuVc?si=hrKWf5sEJbNUPjIB
Braille tutor	La App será consultada en el celular de los padres o terapeutas.	Edad recomendada: 6 años en adelante Descripción: Esta App fue desarrollada para el aprendizaje del Braille. Es una herramienta que facilita la práctica de Código Braille en teléfono móvil. Sirve como herramienta para niños y niñas con limitación visual moderada a severa.	https://play.google.com/store/apps/details?id=com.lukeneedham.brailletutor
Tecnologías para la motricidad y el aprendizaje interactivo			
AbleNet (Controladores adaptados)	Las herramientas serán adaptadas en los dos	Edad recomendada: 2 a 12 años	https://youtu.be/Vt3-A1wI4Iw?si=2bjwczTe0qUpe6A

	computadores que se prevén incluir en el codiseño.	Descripción: Son ayudas para hardware que ofrecen diversos dispositivos adaptativos, desde teclados hasta interruptores, para ayudar a los niños con dificultades motoras a interactuar con tecnología. La ayuda se emplea en limitaciones transitorias como permanentes.	
Aplicación texto a voz	La App será consultada en el celular de los padres o terapeutas.	Edad recomendada: 3 años en adelante Descripción: La App es una herramienta de accesibilidad. Realiza la lectura en voz alta de diferentes textos e imágenes. Se utiliza en teléfono móvil. Su aplicabilidad es recomendada para facilitar la accesibilidad de los niños con limitaciones visuales o con condiciones médicas que dificultan la permanencia en el acto lector por fatiga.	https://play.google.com/store/apps/details?id=com.alpaca.android.readout

Elaboración propia

8.-CONCLUSIONES

La inclusión en el contexto del aula hospitalaria se concibe como la posibilidad real y emocional de que cada niño sea reconocido, participe y aprenda a partir de sus condiciones individuales. Implica el diseño de espacios sin barreras físicas ni simbólicas, dotados de condiciones sensoriales, afectivas, tecnológicas y pedagógicas para garantizar el desarrollo integral de los niños y niñas hospitalizados. En este sentido, el proceso de codiseño permitió construir de manera colectiva un modelo de aula hospitalaria e inclusiva, centrado en la voz de los niños y en los saberes de los profesionales participantes. Este

modelo resignifica el aula como un espacio de encuentro, cuidado, juego, aprendizaje y posibilidad, capaz de responder con sensibilidad y creatividad a las barreras que enfrentan los estudiantes en el contexto hospitalario.

El modelo Smart Classroom propone un entorno educativo que articula de manera integral tres dimensiones clave: pedagogía centrada en el estudiante, ambiente físico-emocional adaptativo y tecnología significativa (Zhu et al., 2020; Bautista, et. al. 2023). El proceso de codiseño del aula hospitalaria e inclusiva realizado responde a estos principios de manera coherente, al integrar tanto la voz de los niños como las perspectivas profesionales en una experiencia transformadora (tabla 3).

Tabla 3. Síntesis Integrada: Smart Classroom en el Aula Hospitalaria.

Dimensión	Hallazgos	Principios clave activados
Pedagogía	Flexibilidad, individualización, participación activa	Aprendizaje centrado en el estudiante, autonomía, inclusión
Ambiente	Ambientes cálidos, multisensoriales, que convocan a estar	Bienestar, ergonomía, estética emocional, seguridad afectiva
Tecnología	Recursos accesibles, conectividad emocional y pedagógica	Tecnología significativa, equidad digital, aprendizaje expandido

Elaboración propia

La dimensión pedagógica del Smart Classroom (Bautista, et, al. 2023) se manifiesta en la construcción de un enfoque flexible, accesible y emocionalmente significativo, que reconoce al niño hospitalizado como un sujeto activo del aprendizaje (Imtinan, Chang & Issa, 2014). Las sesiones del proceso evidencian un compromiso con la individualización del aprendizaje, la validación afectiva y la participación activa, elementos fundamentales en pedagogías inclusivas. La inclusión no se limita al acceso, sino que implica la

posibilidad real de aprender desde las condiciones individuales de cada niño (Florian & Black-Hawkins, 2011). Las estrategias diseñadas, como el “buzón de afectos” y los espacios para expresar emociones, evidencian una comprensión profunda de la educación como un proceso humano y situado.

Por otra parte, el ambiente de aprendizaje fue concebido desde una perspectiva fenomenológica, sensorial y emocional, lo cual coincide con los principios del Smart Classroom sobre la importancia de entornos estéticos, cálidos y seguros para el bienestar y la concentración (Gros & López, 2016). Las imágenes, metáforas y descripciones compartidas por niños y adultos (“la suavidad del algodón”, “la fuerza de la madera”) reflejan una apuesta por un ambiente que invita a estar, compartir y sanar, favoreciendo así la regulación emocional y el sentido de pertenencia (Dudek, 2012).

Este enfoque ambiental responde a los llamados contemporáneos a diseñar espacios de aprendizaje que no solo cumplan funciones funcionales, sino también simbólicas, terapéuticas y vinculares (Barrett et al., 2015; Bautista, et. al. 2021).

Por último, la tecnología, en este proceso, es planteada como una herramienta mediadora del aprendizaje y el acompañamiento emocional. No se concibe como el centro de la experiencia, sino como un facilitador de inclusión, conexión y accesibilidad, en línea con los postulados de la educación mediada por TIC en entornos sensibles (Spector, 2014). La propuesta de pantallas interactivas, dispositivos de control accesible y conectividad con otros niños y escuelas responde al principio de aprendizaje expandido, promovido por el Smart Classroom (Bautista, et. al. 2023), que reconoce el potencial de las tecnologías para romper barreras físicas y simbólicas y sostener comunidades de aprendizaje distribuidas (Salinas, 2012).

En síntesis, el proceso de codiseño realizado da cuenta de un modelo emergente de aula hospitalaria que responde a los principios del Smart Classroom, proponiendo una pedagogía personalizada y afectiva, un ambiente estético y protector, y una tecnología accesible y significativa (Bautista, et. al. 2023). Así como, un diseño del espacio que se nutre de los principios de la biofilia, el wayfinding y la interacción social. Este enfoque promueve entonces un paradigma inclusivo donde cada dimensión del aula se convierte en oportunidad para el cuidado, el aprendizaje y la dignidad del estudiante hospitalizado.

9.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainscow, M., Booth, T., & Dyson, A. (2006). *Improving schools, developing inclusion*. London: Routledge.
- Barrett, P., Zhang, Y., Davies, F., & Barrett, L. (2015). *Clever classrooms: Summary report of the HEAD project*. University of Salford.
- Bastidas-Jiménez, C. S. (2020). *Biofilia en arquitectura: un entorno para el bienestar*. Universidad Católica de Colombia.
- Bautista, G., Escofet, A., López, M., y Casanovas, M. (2021). *Espacio, bienestar y aprendizaje en la escuela*. En: Aula de Innovación Educativa. págs. 10-16.
- Bautista, G., Escofet, A., Casanovas, M. y López, M. (2023). *Guía para un buen uso de una Smart Classroom*. BCN.
- Booth, T., & Ainscow, M. (2011). *Index for inclusion: Developing learning and participation in schools (3rd ed.)*. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education.
- Bossaert, G., et al. (2018). *Children's Rights in Hospital Settings: The Role of Educational Spaces*. European Journal of Pediatrics.
- Calori, C., & Vanden-Eynden, D. (2015). *Signage and Wayfinding Design: A Complete Guide to Creating Environmental Graphic Design Systems*. Wiley.
- De Ruyter, D., & Schinkel, A. (2013). Humanism and inclusion: Education and the ethics of care. *Educational Philosophy and Theory*, 45(10), 1063–1076. <https://doi.org/10.1080/00131857.2013.785353>
- Dudek, M. (2012). *Children's Spaces*. Routledge.
- Florian, L., & Black-Hawkins, K. (2011). Exploring inclusive pedagogy. *British Educational Research Journal*, 37(5), 813–828.
- Gibson, D. (2009). *The Wayfinding Handbook: Information Design for Public Places*. Princeton Architectural Press.
- Gilbert, D. T., & Wilson, T. D. (2005). Affective forecasting: Knowing what to want. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 131–134. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00355.x>

Gros, B., & López, M. (2016). Modelos de integración de las TIC en el aula: Una aproximación práctica. *Revista de Educación a Distancia (RED)*, (50), 1–21.

Harrison, R., Parsonage, J., & White, D. (2019). Learning in hospital: The role of the classroom in recovery. *Journal of Pediatric Education*, 18(2), 45–59.

Imtinan, U., Chang, V., & Issa, T. (2014). Pedagogical implications and limitations of technology in higher education. *International Journal of Pedagogies and Learning*, 9(1), 83–94.

Kellert, S. R., & Wilson, E. O. (1995). *The Biophilia Hypothesis*. Island Press.

Lefebvre, H. (1991). *The Production of Space* (D. Nicholson-Smith, Trans.). Oxford: Blackwell. (Original work published 1974)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Lineamientos para la atención pediátrica en entornos hospitalarios*. Bogotá: MinSalud.

Morgan, D., & Klein, R. (2021). *The Impact of Physical Spaces on Pediatric Patient Well-being*. Pediatrics Journal.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Guidelines on Creating Child-friendly Hospital Spaces*. Ginebra: OMS.

Salinas, J. (2012). Enseñanza flexible, aprendizaje abierto: Posibilidades de las TIC. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 9(2), 1–14.

Salud y Educación. (2022). *Manual de Diseño de Aulas Hospitalarias: Un enfoque integrador*. Madrid: Ediciones Salud.

Spector, J. M. (2014). Conceptualizing the emerging field of smart learning environments. *Smart Learning Environments*, 1(1), 1–10.

Techau, D., Owen, C., Paton, D. & Fay, R. (2016). *Buildings, Brains & Behaviour: Towards an affective neuroscience of architecture: The Hedonic Impact of Sustainable Work Environments on Occupant Well being*. University Of Tasmania. Journal contribution.
https://figshare.utas.edu.au/articles/journal_contribution/Buildings_Building_Behaviour_Towards_an_affective_neuroscience_of_architecture/2321263

UNESCO. (2017). *Inclusive Education and Accessibility in Hospital Settings*. Paris: UNESCO Press.

Zhu, Z. T., Yu, M. H., & Riezebos, P. (2020). A research framework of smart education. *Smart Learning Environments*, 7(1), 1–17.

ANEXOS

ANEXO A. Ejemplos de imágenes de aula de la sesión 1.

ANEXO B. Carta fenomenológica elaborada en la sesión 2.

ANEXO C. Fotografías de la sesión 3.

ANEXO D. Ejemplos representación aula ideal de la sesión 3.

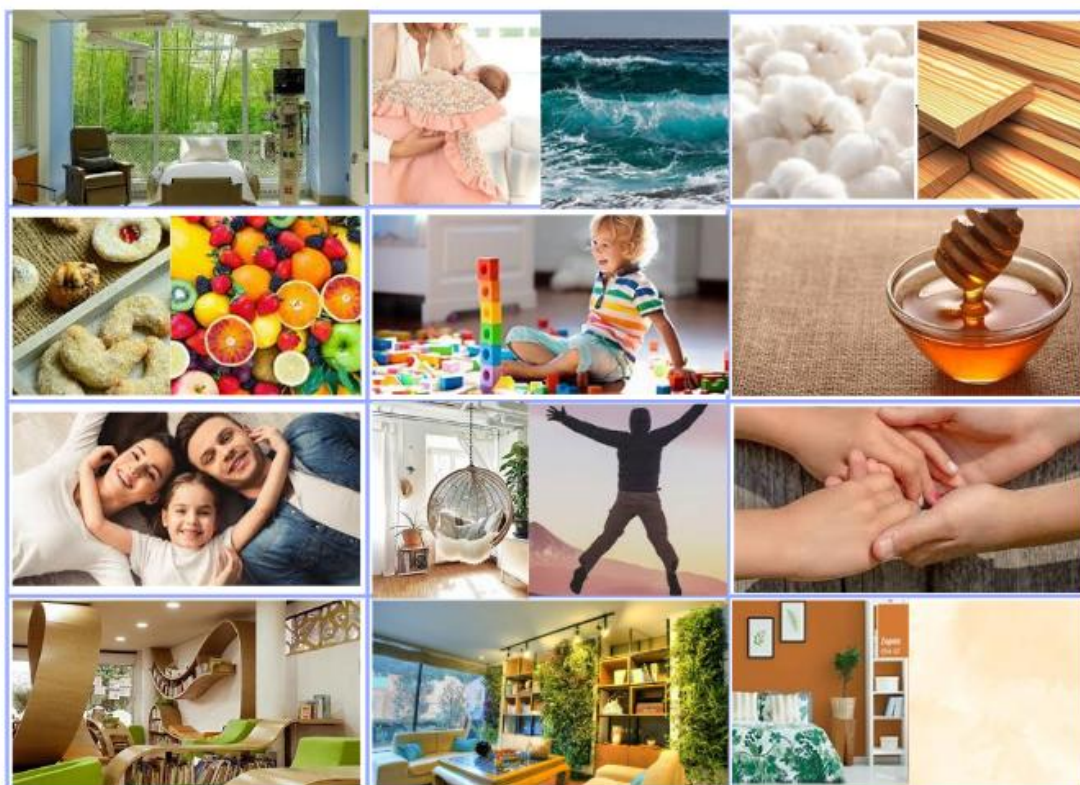
ANEXO E. Ejemplos narrativas del aula mágica de la sesión 3.

ANEXO A. Ejemplos de imágenes de aula de la sesión 1.

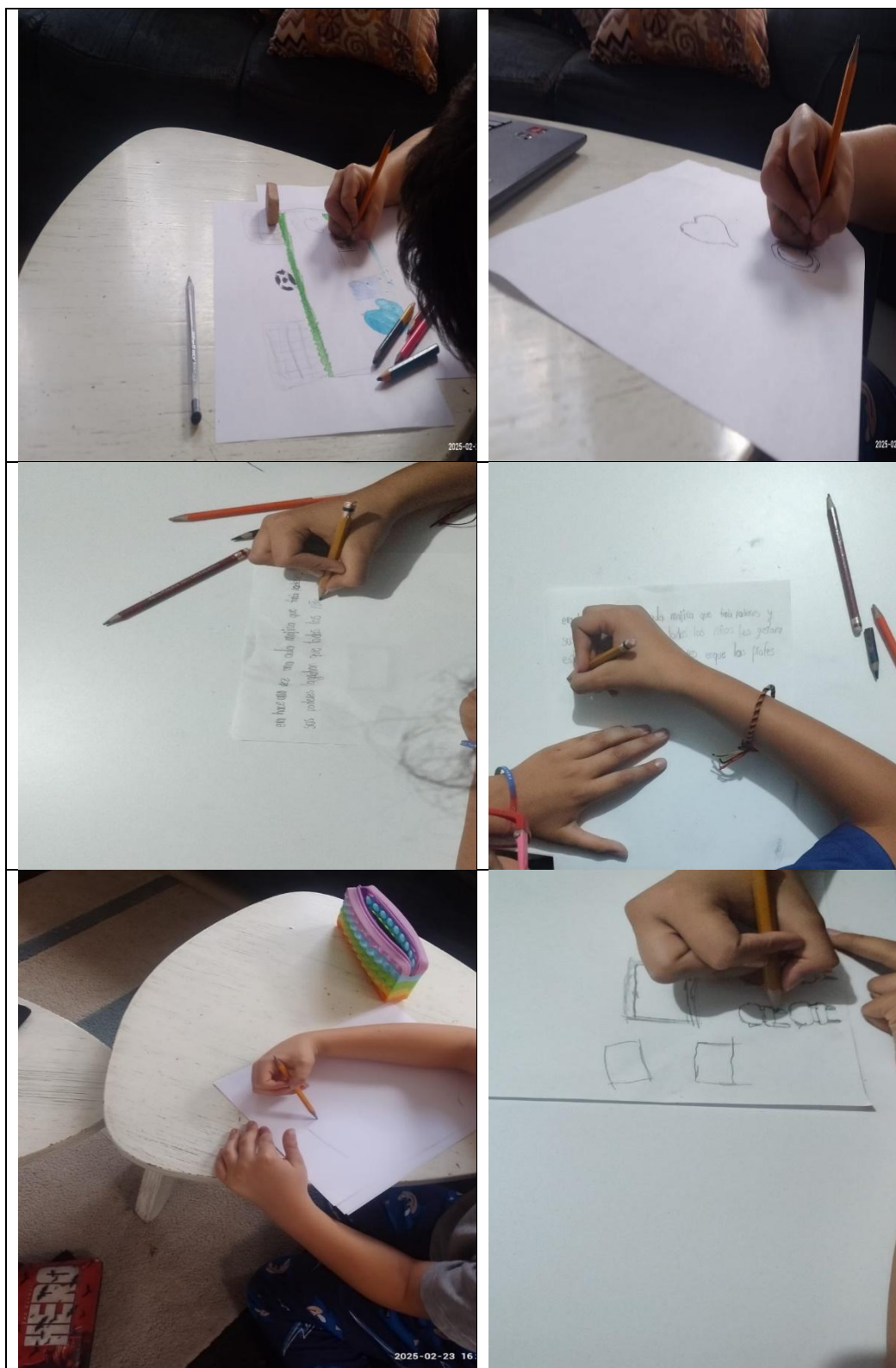


ANEXO B. Carta fenomenológica elaborada en la sesión 2.

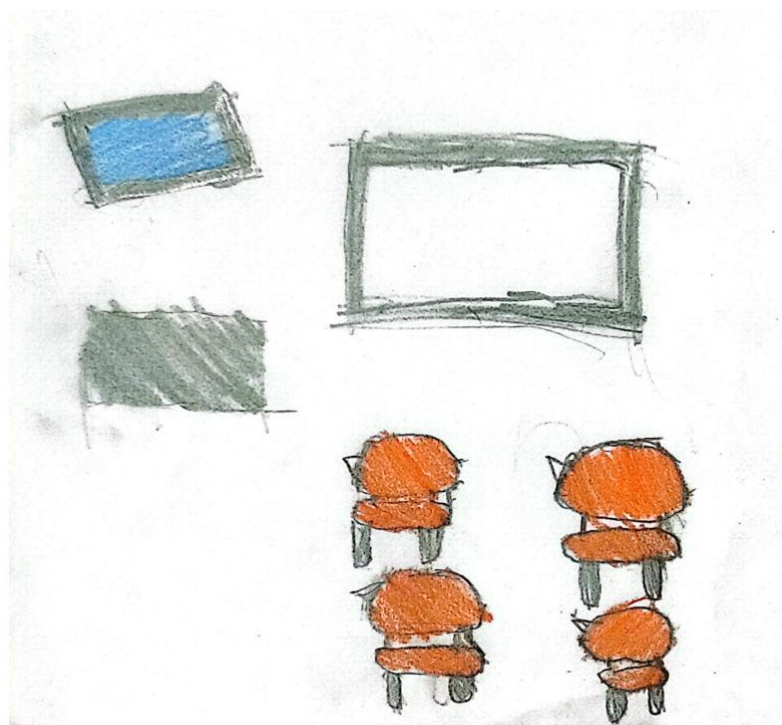
Luz	Sonido	Textura
Aroma		Sabor
Sensación	Idea	Interacción
Forma	Espacios	Colores



ANEXO C. Fotografías de la sesión 3.



ANEXO D. Ejemplos representación aula ideal de la sesión 3.



ANEXO E. Ejemplos narrativas del aula mágica de la sesión 3.

Había una vez un salón mágico donde había
Un ser Mitológico que estaba en un salón
Y los niños pedían deseos y se les
cumplían una vez un niño pidió llevar
al ser lo llevó para llevarlo porque lo
vio muy espachado ahí y quería salir
Pero no podía salir solo sino lo invitaban
na, podía salir sino fuera por un deseo por
que un niño mágico lo encanto el
ser mitológico pudo salir y el niño y el
ser mitológico fueron amigos por siempre,
Porque tuvieron espacio para jugar
FIN

era hace una vez una aula mágica que tenía poderes y
sus poderes lograban que todos los niños les gustara
estudiar así, uno de sus poderes es que los profes
que estén enseñando puedan cambiar el lugar de donde
estén enseñando para que aprendan mejor y siempre
cuando se acabe la clase que vuelvan al colegio. Cuando
era hora del descanso los niños querían que los profes
los llevaran a un parque de diversiones porque en aula podía
ir para uno pero siempre si un profesor había autorizado