

Sala Snoezelen: una herramienta neuropsicológica para el desarrollo de sociabilidad, comunicación, atención y motricidad en una población infantil con necesidades educativas especiales.

Snoezelen Sensory Room: a neuropsychological tool for the development of sociability, communication, attention and motor skills in a child population with special educational needs.

DULCE NOHEMÍ MARTÍNEZ LEIJA
CEE Carrechiulla C/ Tello Téllez, S/N
34004 PALENCIA

Nohemi.mtz@live.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7701-182X>

Recibido/Received: 12/02/2022. Aceptado/Accepted: 20/05/2023.

Cómo citar/How to cite: Martínez Laije, Dulce Nohemí, "Sala Snoezelen: una herramienta neuropsicológica para el desarrollo de sociabilidad, comunicación, atención y motricidad en una población infantil con necesidades educativas especiales", Tabanque. Revista pedagógica, 35 (2023): 137-146.

DOI: <https://doi.org/10.24197/trp.35.2023.137-146>

Artículo de acceso abierto distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional \(CC-BY 4.0\)](#). / Open access article under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC-BY 4.0\)](#).

Resumen: Los estudios documentados acerca de la intervención en Sala Snoezelen son escasos. En la presente investigación se realiza un análisis pre-test y post-test de una intervención grupal realizada en una sala de estimulación multisensorial Snoezelen. Para dicho análisis se aplicó el inventario de Desarrollo Batelle antes y después de 7 sesiones de tratamiento, haciendo hincapié en los aspectos de sociabilidad, atención, motricidad y comunicación. La población fue de 82 pacientes activos en el Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial. Existieron diferencias significativas en la evaluación post-test de las variables de sociabilidad, mejorando la puntuación obtenida en el pre-test ($M=1.55$) con mayor puntuación en el post-test ($M=1.66$); en cuanto el pretest de atención ($M=2.53$) presentan una mejoría en el post-test de atención ($M=2.67$); los sujetos del pretest de motricidad ($M=2.07$) presentan una mejor motricidad en el post-test ($M=2.13$) y, por último, los sujetos del pretest de comunicación ($M=1.58$) presentan una mejoría en el post-test de comunicación ($M=1.67$). Se concluye, el impacto del trabajo en la sala snoezelen en el desarrollo de habilidades en participantes con alguna necesidad educativa especial.

Palabras clave: Educación especial, Neuropsicología, Sala Snoezelen, Intervención grupal.

Abstract: The documented studies about the Snoezelen Sensory Room intervention are scarce. In the present investigation, a pre-test and post-test analysis of a group intervention performed in a Snoezelen multisensory stimulation room is performed. For this analysis, the Batelle Development Inventory was applied before and after 7 sessions of treatment, emphasizing aspects of sociability, attention, mobility and communication. The population was 82 patients that were active in the State Center for Rehabilitation and Special Education. There were significant differences in the post-test evaluation of the variables of sociability, improving the score obtained in the pre-test ($M = 1.55$) with higher score in the post-test ($M = 1.66$); as soon as the pretest of attention ($M = 2.53$) presented an improvement in the post-test of attention ($M = 2.67$); the subjects of the motor pretest ($M = 2.07$) show a better motivity in the post-test ($M = 2.13$) and, finally, the subjects of the communication pretest ($M = 1.58$) show an improvement in the post-test of communication ($M = 1.67$). It concludes, the impact of the work in the snoezelen room in the development of skills in patients with some special educational need.

Key Words: Special Education, Neuropsychology, Snoezelen Sensory Room, Group Intervention.

INTRODUCCIÓN

La Educación Especial ha sido una herramienta clave para mejorar la calidad de vida de las personas con alguna discapacidad. Al hablar de datos históricos a nivel nacional, Cárdenas y Barraza (2014) realizan un amplio recuento y mencionan que fue en 1938 que un grupo de médicos tuvieron la iniciativa de crear una atención sistematizada para las personas con deficiencia mental e “inadaptados”. Entre los años de 1935 y 1945 comenzaron a crearse instituciones para la atención de los niños con deficiencia mental, sordos y ciegos con la finalidad principal de brindarles un oficio para asegurarles una integración a la sociedad. A partir de 1945, comenzaron a surgir carreras profesionales para formar especialistas en el área de la Educación Especial; primero con un enfoque hacia la medicina y paulatinamente se comenzó a abordar también una perspectiva psicológica.

En 1960 se crearon las Escuelas Primarias de Perfeccionamiento con la premisa de que cada alumno debía ser útil a sí mismo y a la sociedad, por lo que su plan de estudios incluyó formación escolar básica considerada por la SEP; estos lugares serían los primeros esbozos de adecuaciones curriculares. El modelo Rehabilitatorio de pacientes con discapacidad, dio un giro a la perspectiva que se tenía hacia esa población (anteriormente se *prescindió* de ellos y se les excluía), y eso abrió camino para utilizar la Educación Especial y brindar estrategias de educación innovadoras a las personas con discapacidad. Los propósitos de la Educación Especial estaban dirigidos a incrementar la independencia personal, la socialización, la comunicación y los hábitos ocupacionales, para que respondan apropiadamente en sus relaciones interpersonales en el trabajo (Cárdenas & Barraza, 2014).

Un cambio importante fue en 1970, ya que se planteó una propuesta para la creación de la Dirección General de Educación Especial con la finalidad de que lograra promover una planeación adecuada de la educación especial y dirigiera los esfuerzos de secretarías, dependencias oficiales, iniciativa privada, que directa o indirectamente se ocupan de dificultades de niños y de adultos, reorganizando escuelas, centros y servicios que se ocupen de su escolaridad y rehabilitación a nivel nacional. La creación de la Dirección General promovió la apertura de Escuelas de Educación Especial de los Estados de México y durante el ciclo de 1970-1971 se creó la Unidad Técnica de Detección en las primarias, enfocada en la detección, diagnóstico y atención psicopedagógica de los alumnos con problemas de aprendizaje. Este servicio se fue expandiendo a los estados, abarcando en 1980 a las 31 entidades federativas con el apoyo del Programa Primaria para todos los niños, de la Subsecretaría de Educación Primaria y Normal. Dichos grupos constituyeron la transición hacia la integración educativa, pero no existían en ellos población con alguna discapacidad y dejaron de implementarse en los años de 1991 y 1992.

Cárdenas y Barraza (2014) comentan que, aunque esos grupos significaron un avance importante, tuvo ciertas desventajas debido a que existía segregación y discriminación hacia la población de esos grupos; fue de esta forma que la Educación Especial se comenzó a reorientar a tres modalidades: atención del alumno en el aula regular,

atención en el aula de apoyo y atención al alumno en el turno alterno en una escuela de Educación Especial. Este modelo dio la pauta para la integración educativa de los niños con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad y las Unidades de Apoyo a la Educación Regular (USAER).

En el año de 1993, se crean los Centros de Atención Múltiple (CAM) para atender a los niños que tienen diferentes problemas para desplazarse, comunicarse, de conducta, de aprendizaje y de adaptación. En el CAM se les brinda el apoyo necesario para que cuando adquieran determinadas competencias, se les integre a la Escuela Primaria regular.

Otro organismo importante en cuanto a la intervención de las necesidades educativas especiales en México, es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF), el cual cuenta con diversas instituciones para el abordaje de diagnósticos específicos, como centros para pacientes con Síndrome Down o con Autismo; pero también cuenta con lugares donde se atienden discapacidades diversas, como los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE). En los diferentes CREE se brindan servicios de terapia física, terapia ocupacional, psicológica, de lenguaje, neuropsicológica y además se cuenta con una sala de estimulación multisensorial, conocida como Sala Snoezelen. La Sala Snoezelen es un entorno terapéutico que proporciona información de diferentes canales sensoriales, colaborando a interpretar e integrar las experiencias para ampliar el conocimiento del mundo (Carbajo, 2014).

Como es posible notar, actualmente se cuentan con diversas instituciones especializadas para la atención de personas con discapacidad, además de contar con múltiples programas de adecuación para la inclusión educativa. Es de vital importancia contar con tales estrategias si se consideran las cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) respecto a la población con discapacidad en México:

- Hasta el 2018, existen poco más de 580 mil niños y adolescentes (2% de la población de este grupo de edad, de 5 a 17 años) que presentan alguna discapacidad.
- Las dificultades para aprender, recordar o concentrarse son las más reportadas entre las personas con discapacidad.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018) realizada por el INEGI, los tipos de discapacidad más frecuentes a nivel nacional son: dificultad para concentrarse, aprender o recordar (40.1%); ver, aunque use lentes (32.6%); y hablar o comunicarse (30.2%).

Considerando la población mexicana con discapacidad y las diferentes propuestas que brinda la Educación Especial para dicha población, se vuelve relevante investigar qué eficacia tienen las propuestas de intervención abordadas fuera de las aulas; específicamente, la intervención otorgada por la utilización de las Salas Snoezelen en un grupo variado de población infantil que se encuentran activos en uno de los CREE del DIF.

MÉTODO

La presente investigación tiene un diseño cuasi-experimental de corte comparativo cuantitativo, por el cual se identificó mediante el análisis estadístico la diferencia

significativa existente entre las diversas variables propuestas en el estudio del uso de la Sala Snoezelen como herramienta terapéutica en las necesidades educativas especiales, este diseño es el más adecuado, ya que supone la medición sistemática de las medias entre el pre-test y post-test de las variables, y así permitió comprobar significativamente las diferencias.

Hipótesis

Las variables de Sociabilidad, Comunicación, Atención y Motricidad obtendrán una mayor puntuación en el post-test después de haber cursado por una duración de siete sesiones dentro de la sala snoezelen.

Objetivo principal

Identificar la diferencia existente entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test y post-test de las variables de Sociabilidad, Comunicación, Atención y Motricidad, después de haber estado en terapia durante siete sesiones dentro de la Sala Snoezelen en pacientes con alguna necesidad educativa especial.

Objetivos particulares

- 1) Evaluar la sociabilidad pre y post-test en usuarios con alguna necesidad educativa especial.
- 2) Evaluar la comunicación pre y post-test en usuarios con alguna necesidad educativa especial.
- 3) Evaluar la atención pre y post-test en usuarios con alguna necesidad educativa especial.
- 4) Evaluar la motricidad pre y post-test en usuarios con alguna necesidad educativa especial.

Participantes

Los participantes de la investigación consistieron en personas que presenten alguna necesidad educativa especial que estén en terapia dentro de las instalaciones del CREE, y que tengan un diagnóstico médico válido, los criterios de inclusión son los siguientes:

- i) Tener un desplazamiento independiente (o pesar menos de 20 kg).
- ii) Menores de once años de edad.
- iii) No tener antecedentes de convulsiones.
- iv) Retraso moderado a severo de lenguaje.
- v) Escaso desarrollo o ausencia de repertorio básico de conducta.
- vi) Prioritarios los niños con diagnósticos permanentes (autismo, síndrome down).

La muestra de participantes para esta investigación fue de 82 pacientes.

Instrumentos

-Inventario de Desarrollo Battelle: Consta de una batería completa y un test de cribado. La batería completa está integrada por 341 ítems agrupados en cinco áreas que tienen

a su vez diversas subáreas. Son las siguientes: 1) Área Personal-social (85 ítems) con las subáreas: Interacción con el adulto, Expresión de sentimientos/afecto, Autoestima, Interacción con los compañeros, Desenvoltura, Rol social. 2) Área Adaptativa (59 ítems) con las subáreas: Atención, Comida, Vestido, Responsabilidad personal, Aseo. 3) Área Motora (82 ítems) con las subáreas: Control muscular, Coordinación corporal, Locomoción, Motor fino, Motricidad perceptiva. 4) Lenguaje (59 ítems) con las subáreas: Receptivo, Expresivo. 5) Área Cognitiva (56 ítems) con las subáreas: Discriminación perceptiva, Memoria, Razonamiento y habilidades académicas, Desarrollo conceptual.

Los criterios de puntuación de la batería completa son los siguientes: 2 puntos si la respuesta se ajusta al criterio establecido; 1 punto si el niño intenta resolver la prueba, pero no lo consigue; 0 en el caso de respuesta nula o muy deficitaria. A partir de las puntuaciones directas de cada subárea, área y total se pueden obtener las siguientes puntuaciones típicas: percentiles, cocientes de desarrollo, equivalentes de edad, puntuaciones z, T y equivalentes de curva normal.

Procedimiento

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta las variables de inclusión y los participantes que se encuentren recibiendo apoyo terapéutico en el CREE, se presentó un consentimiento informado a los tutores de los pacientes y posteriormente se continuó con los siguientes pasos:

1. Aplicación del Inventario de desarrollo de Batelle antes de iniciar el proceso terapéutico dentro de la Sala snoezelen (pre-test).
2. Proceso terapéutico: consistió en siete sesiones en la Sala Snoezelen, durante las cuales se implementaron actividades lúdicas con fundamentos neuropsicológicos y con los objetivos principales de estimular percepción visual, auditiva y táctil, motricidad, atención, lenguaje y funciones ejecutivas; dichas actividades fueron programadas por cada terapeuta en función de las capacidades que tenga cada paciente.
3. Segunda aplicación del inventario del desarrollo de Batelle (post-test).
4. Se obtuvieron los resultados correspondientes al pre-test y post-test para someter los resultados de ambas aplicaciones al análisis estadístico.

Análisis estadístico

La información recogida y las evaluaciones fueron introducidas en una base de datos (Paquete estadístico SPSS 24.0), para el cálculo de estadísticos descriptivos (variabilidad, frecuencias, porcentajes) e inferenciales (comparación de medias de muestras relacionadas y correlación de Pearson).

RESULTADOS

Los resultados se basan en una población total de 82 participantes con edad media de 62.28 meses (desviación estándar de 23.74 meses), 17 mujeres (20.73%) y 65 hombres (79.27%). Todos los participantes se encontraban activos en el CREE. En cuanto a los diagnósticos se tiene lo siguiente: 7 (8.5%) con Síndrome Down; 5 (6.1 %) con Retraso en

desarrollo psicomotor; 4 (4.9%) con Trastorno generalizado del desarrollo; 2 (2.4%) con Trastornos del aprendizaje; 29 (35.4%) con Trastorno del espectro autista; 27 (32.9%) con Trastorno de lenguaje; y 8 (9.8%) con otro diagnóstico.

Los resultados de fiabilidad de las Escalas utilizadas arrojaron resultados positivos con respecto a un alfa de cronbach $< .7$ como se muestra en la tabla 1.1, por lo que se procedió a ser utilizados en los análisis comparativos y correlativos.

Escalas	Alfa de Cronbach
Pre-Social	.974
Post-Social	.974
Pre-Atención	.835
Post-Atención	.819
Pre-Comunicación	.971
Post-Comunicación	.972
Pre-Motricidad	.952
Post-Motricidad	.950

Tabla 1.1 Fiabilidad de las escalas pre-test y post-test.

Se realizaron los análisis comparativos entre las medias de los Pre-test y post-test de las variables (sociabilidad, atención, comunicación y motricidad). De igual manera, se realizó un análisis correlativo entre los post-test de las variables de sociabilidad, comunicación y motricidad.

Variable	Número de Evaluados	Media	Significancia
Pre-Sociabilidad	82	1.55	0.000
Post-Sociabilidad	82	1.66	0.000

Tabla 1.2. Diferencias entre medias pre y post-test de la variable sociabilidad.

Con respecto a la variable de sociabilidad registrada por los participantes antes y después de la intervención en la Sala Snoezelen, presentan diferencias significativas ($P=.000$) entre el pre-test y el post-test, mejorando la puntuación obtenida en el pre-test sociabilidad ($M=1.55$) con mayor puntuación en el post-test de sociabilidad ($M=1.66$).

Variable	Número de Evaluados	Media	Significancia
Pre-Atención	82	2.53	0.000
Post-Atención	82	2.67	0.000

Tabla 1.3. Diferencias entre medias pre y post-test de la variable atención.

De acuerdo a la variable de atención registrada por los participantes, se presentan diferencias significativas entre el pretest de atención y el post-test ($P=.000$), donde los participantes del pretest de atención ($M=2.53$) presentan una mejoría en el post-test de atención ($M=2.67$) después de haber concluido con las 7 sesiones en la Sala Snoezelen.

Variable	Número de Evaluados	Media	Significancia
Pre-Motricidad	82	2.07	0.000
Post-Motricidad	82	2.13	0.000

Tabla 1.4. Diferencias entre medias pre y post-test de la variable motricidad.

En la misma línea, la variable de motricidad registrada por los participantes, se presentan diferencias significativas entre el pre-test de motricidad y el post-test ($P=.000$), donde los participantes del pre-test de motricidad ($M=2.07$) presentan una mejor motricidad en el post-test ($M=2.13$).

Variable	Número de Evaluados	Media	Significancia
Pre-Comunicación	82	1.58	0.000
Post-Comunicación	82	1.67	0.000

Tabla 1.5. Diferencias entre medias pre y post-test de la variable comunicación.

De la misma forma, la variable de comunicación registrada por los participantes antes de ingresar a la Sala Snoezelen, presentan diferencias significativas ($P=0.000$) después de haber obtenido terapia en dicha Sala. Donde los participantes del pre-test de comunicación ($M=1.58$) presentan una mejoría en el post-test de comunicación ($M=1.67$) después de las sesiones de trabajo en la Sala Snoezelen.

	Post-Sociabilidad	Post-Comunicación	Post-motricidad
Post-Sociabilidad	Pearson= 1 P= .000	Pearson= .908** P= .000	Pearson= -.832** P= .000
Post-Comunicación	Pearson= -.908** P= .000	Pearson= 1 P= .000	Pearson= .860** P= .000
Post-motricidad	Pearson= -.832** P= .000	Pearson= .860** P= .000	Pearson= 1 P= .000

Tabla 1.6 Correlaciones entre variables de sociabilidad, comunicación y motricidad.

Además de los análisis comparativos, se decidió realizar un análisis correlacional entre las variables post-social, post-comunicación y post-motricidad, de modo que los resultados arrojados señalan diversas correlaciones significativas. De esta manera, se presenta que entre mayor sea el nivel de sociabilidad mayor nivel de comunicación ($P=.000$, $\text{Pearson}=-.908$) y mayor nivel de motricidad ($P=.000$, $\text{Pearson}=-.832$). De la misma forma, a mayor nivel de comunicación mayor nivel de motricidad ($P=.000$, $\text{Pearson}=.860$).

CONCLUSIONES

Las investigaciones documentadas acerca de la intervención en Sala Snoezelen son escasas; gran cantidad de ellas se han enfocado en variables fisiológicas y conductuales, de manera que sugieren que la terapia en sala Snoezelen disminuye el estrés y aumenta la

relajación consecuente de un descenso en la frecuencia cardíaca; a su vez se menciona una disminución de conductas estereotipadas y comportamientos disruptivos, incrementando el nivel de comunicación positiva con una mejora de la conducta apática, depresión y agresividad (Baker et al., 1997; Cuvo et al., 2001; Fava & Srauss, 2010; Hotz et al., 2006; Kenyon et al., 1998; Lindsay et al., 2001; Reddon et al., 2004; Schofield et al., 2009; Weert & Bensing 2009). Esta información reafirma los resultados encontrados en nuestra investigación, donde se obtuvo una mejoría en el desarrollo de las habilidades de comunicación, sin embargo, no se obtuvieron medidas fisiológicas que confirmen una disminución del estrés. El presente estudio podría sentar un antecedente que demuestra que las intervenciones realizadas dentro de la Sala Snoezelen pueden mejorar el funcionamiento cognitivo en pacientes con alguna discapacidad.

Hotz et al. (2006) reportan en sus investigaciones resultados de orden cognitivo, encontrando una disminución en el nivel de espasticidad, agitación conductual y mejoras en el funcionamiento cognitivo, coincidiendo con lo encontrado en la presente investigación, donde al igual se obtuvo una mejora en las variables sociabilidad, comunicación, atención y motricidad de los participantes.

Los resultados sugieren una correlación positiva entre la mejora de las habilidades sociales, comunicativas y motricidad, coincidiendo con que reportan Pérez et al. (2014) donde comentan que el desarrollo del lenguaje, gnosias y praxias se encuentran mediados por el medio social. Al igual que lo sugerido por Mahler (1977), Akhutina (2008) y Roselli et al. (2010) donde reportan una correlación positiva entre la motricidad y el desarrollo del lenguaje. En este punto es importante señalar la necesidad de un abordaje integral que logre estimular procesos cognitivos básicos como la motricidad y los procesos de orden superior, como el lenguaje.

De la misma manera, se han cumplido con los objetivos trazados en la presente investigación, los cuales pretendían indagar acerca de la influencia de la Sala Snoezelen en cuatro variables específicas del trabajo con participantes que tienen necesidades educativas especiales.

Asimismo, los resultados arrojados por la investigación confirman la hipótesis establecida, la cual plantea la mejoría de las habilidades de sociabilidad, comunicación, motricidad y atención en los participantes con alguna necesidad educativa especial, después de haber estado bajo terapia en la Sala Snoezelen. Bajo esta línea, es que se concluye, el impacto del trabajo en la Sala Snoezelen en el desarrollo de habilidades en personas con alguna necesidad educativa especial.

Debido a la escasa información sobre los efectos del trabajo en Sala Snoezelen, se sugieren diversas vías que posibiliten el seguimiento de la recabación de información en esta línea de investigación, como el control de diversas variables, tales como la escolaridad y diagnóstico. Es decir, si los resultados podrían estar a su vez, mediados por el tipo de necesidad educativa especial de los participantes; asimismo, si la mejora en alguna habilidad específica obedece a un diagnóstico en especial, género o edad.

BIBLIOGRAFÍA:

- Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L. A., Dawson, J. & Assey, J. (1997). Snoezelen: Its long-term and shortterm effects on older people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 213-218. <https://doi.org/10.1177/030802269706000507>
- Carbajo, M. C. (2014). La sala de estimulación multisensorial. *Tabanque Revista Pedagógica*, 27, 155-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5084331>
- Cárdenas, T. J. & Barraza, A. (2014). *Marco conceptual y experiencias de la Educación Especial en México*. Ed. Instituto Universitario Anglo Español. <http://redie.mx/librosyrevistas/libros/educesp3.pdf>
- Cuvo, A. J., May, M. E. & Post, T. M. (2001). Effects of living room, Snoezelen room, and outdoor activities on stereotypic behavior and engagement by adults with profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 22(3), 183-204. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(01\)00067-1](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(01)00067-1)
- Fava, L. & Strauss, K. (2010). Multisensory rooms: Comparing effects of the Snoezelen and the Stimulus Preference environment on the behavior of adults with profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 31(1), 160.- 171. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.08.006>
- Hotz, G.A., Castelblanco, A., Lara, I.M., Weiss, A.D., Duncan, R. & Kuluz, J.W. (2006). Snoezelen: A controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury. *Brain Injury*, 20(8), 879-888. <https://doi.org/10.1080/02699050600832635>
- INEGI (2020). Estadísticas a propósito del día del niño. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Nino.pdf
- Lindsay, W. R., Black, E., Broxholme, S., Pitcaithly, D. & Hornsby, N. (2001). The effects of four therapy procedures on communication in people with profound intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14(2), 110- 119. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2001.00059.x>
- Mahler, M. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano*. México, Enlace Editorial
- Pérez, M., Escotto, E. A., Arango, J. C., & Quintanar, L. (2014). *Rehabilitación neuropsicológica*. México, Manual Moderno.
- Reddon, J. R., Hoang, T., Sehgal, S. & Marjanovic, Z. (2004). Immediate Effects of Snoezelen Treatment on Adult Psychiatric Patients and Community Controls. *Current Psychology*, 23(3), 225-237. <https://doi.org/10.1007/s12144-004-1022-1>
- Roselli, M., Matute, E. & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México, Manual Moderno.

- Schofield, P. (2009). Snoezelen within a palliative care day setting: A randomized controlled trial investigating the potential. *International Journal on Disabilities and Human Development*, 8(1), 124-129. <https://doi.org/10.1515/IJDHD.2009.8.1.59>
- Weert, J.C.M. & Bensing, J.M. (2009). Estimulación Multisensorial (Snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. *Informaciones Psiquiátricas*, 195-196(1-2), 33-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3018280>