

Artrópodos y psicopatología: aproximación a dos entidades clínicas

Aurora QUEROL NASARRE ¹

¹⁾ c/. Coso, nº 89-91, 10ª Izqda. ; 50001 Zaragoza.

Resumen: En este artículo se describen someramente dos trastornos psiquiátricos relacionados con los insectos y arácnidos. En ambos casos, los artrópodos se limitan a ocupar el núcleo sintomático de estos trastornos; el primero trata de los temores fóbicos, y el segundo de una psicosis monosintomática hipocondríaca en la que el sujeto cree hallarse infestado por insectos u otros artrópodos.

Los artrópodos pueden actuar como vectores de transmisión de numerosas enfermedades de la especie humana y de otros animales. Al tiempo, muchos de ellos pueden inocular sustancias tóxicas a través de picaduras, mordeduras, contacto, etc. Junto a estos ataques al 'cuerpo' humano, puede situarse otro tipo de patologías, lesiones o perjuicios sanitarios que, si bien están directamente relacionados con los artrópodos, no son, estrictamente, provocados directamente por ellos. Se trata de los trastornos psiquiátricos en los que aparecen artrópodos.

Temores fóbicos a los artrópodos

En el campo de la psicopatología en relación con los insectos, el cuadro que con más frecuencia nos encontramos, es sin duda, la fobia.

Etimológicamente 'fobia' proviene del término griego 'phobos' y significa miedo, pánico y terror, y la deidad del mismo nombre que provocaba pánico en los enemigos. La descripción de los miedos irracionales se puede ya leer en los papiros egipcios y en el *Corpus Hipocraticum*. Como terminología médica aparece en primer lugar en un trabajo de Celso en el que se refiere a la hidrofobia como un síntoma importante en la rabia. Según Marks (1969) el concepto de fobia en su acepción actual aparece en 1801.

En la nosología psiquiátrica, durante muchos años, las fobias fueron consideradas como un fenómeno de la misma naturaleza y origen que las obsesiones. La autonomía de la Neurosis fóbica se debe a Freud, que en 1885 publicó un artículo titulado '*Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología*' (1). Actualmente, se entiende por fobia en general un miedo excesivo, irracional y persistente ante un objeto, actividad o situación que determina un deseo imperioso de evitar aquello que se teme. Para que la fobia tenga consideración clínica, el miedo debe ser reconocido por el propio individuo como excesivo e irracional, y la conducta de evitación ha de implicar algún grado de incapacidad.

En cuanto a la epidemiología general de los trastornos fóbicos, parecen afectar a un 1 % de la población, pero si tenemos en cuenta que cuando producen poca incapacidad no motivan la búsqueda de atención médica, es presumible que la prevalencia real sea mucho mayor.

Con excepción de las fobias escolares, de la infancia, el trastorno fóbico empieza generalmente en la última parte de la primera década o en el comienzo de la edad adulta.

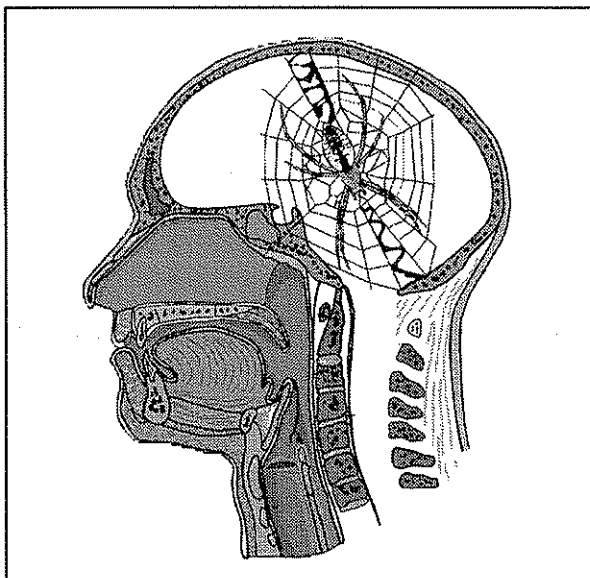
Suelen diagnosticarse con más frecuencia en mujeres y existe cierto patrón de asociación familiar (2). Así, por ejemplo el estudio de Fyer y cols. (3), justifica que las fobias simples (caso que ocupa este artículo como se señala más adelante) es de dos a cuatro veces mayor. El aumento del riesgo de padecer esta patología se explica en la actualidad por medio de teorías que combinan factores genéticos y ambientales. Para esclarecer más la importancia de cada uno de los factores de riesgo sería preciso la realización de un mayor número de estudios epidemiológicos, mediante gemelos, estudios de adopción y la utilización de técnicas de genética molecular.

La Asociación Psiquiátrica Americana, en su clasificación de los Trastornos Mentales -DSM- IV(4), subdividió los trastornos fóbicos en tres categorías:

- Agorafobia: miedo a estar solo y a los lugares públicos concurridos.
- Fobia social: miedo a situaciones en las que el individuo puede estar expuesto a la observación de otros.
- Fobia simple: miedo a situaciones distintas a las incluidas en la agorafobia y en la fobia social, por ejemplo: miedo a las alturas, a la sangre, o en el caso que nos ocupa, a los insectos o Entomofobia. Ésta se encuentra dentro de las fobias animales, que son las más frecuentes.

La Entomofobia suele iniciarse antes de la pubertad, y tiene igual incidencia en ambos sexos, aunque suele diagnosticarse con más frecuencia en mujeres.

Sólo el 17% de pacientes que la presentan van a consultar al Psiquiatra, generalmente en los casos en que suelen



tener mayor gravedad y un nivel más alto de repercusiones en la vida cotidiana. Los sujetos que la padecen suelen provenir con frecuencia de hogares estables y normales. La fobia a los insectos no suele asociarse a otros trastornos psiquiátricos, y tampoco la persona suele tener un nivel de ansiedad más elevado si no está expuesto al objeto fobógeno (artrópodo). Si contacta con éste suele presentar malestar y aprensión, a veces hasta alcanzar síntomas propios de un ataque de angustia (palpitaciones, sudoración, dificultades respiratorias, etc.). Mucha gente muestra una clara aversión por las arañas, pero el temor suele ser controlable y el sujeto no evita activamente la posibilidad de toparse con estos animales. Sin embargo, en algunos casos los síntomas requieren tratamiento especializado. Sobre Aracnofobia se han realizado diversos estudios algunos de los cuales se señalan en este artículo.

Es interesante reseñar algunas teorías etiológicas sobre el origen de las fobias. Ya hace muchos años, Freud se interesó por este asunto. Sus primeras hipótesis no otorgaban un origen psicológico a las fobias. Las consideraba, como hacía con la neurosis de ansiedad, manifestaciones de un estado tensional inducido fisiológicamente. Sin embargo, Freud cambió sus primeras opiniones con la publicación en 1909 del caso del Pequeño Hans, un niño de cinco años que desarrolló una fobia a los caballos. Muy resumidamente, Freud hipotetizó que los sentimientos sexuales inconscientes y prohibidos que Hans experimentaba hacia su madre y los sentimientos agresivos y de rivalidad hacia su padre, eran bloqueados por la represión, transformándose fisiológicamente en ansiedad, la cual era posteriormente desplazada hacia un objeto simbólico, en este caso los caballos, cuya evitación aliviaba parcialmente la ansiedad del Pequeño Hans.

En general, la teoría sobre las fobias es que los síntomas se producen formando parte de la resolución de los conflictos intrapsíquicos ocasionados por la interacción de los impulsos instintivos, las prohibiciones del superego y las limitaciones externas reales. El ego experimenta una señal de ansiedad cuando estos impulsos inconscientes intentan liberarse. Esta ansiedad promueve la proyección y el desplazamiento del conflicto hacia un objeto simbólico, cuya evitación permite una solución neurótica para el conflicto original.

En el caso del Pequeño Hans el conflicto fue desplazado y proyectado hacia un objeto evitable, los caballos, por lo cual a partir de ese momento éste tenía miedo de que le mordiesen (5).

También con una orientación psicodinámica, trabajos de investigación recientes han estudiado temores a las brujas/vampiros, a las arañas o a los tiburones (6) que han sido atribuidos a representaciones de conflictos preedípicos, anclados en experiencias tempranas en la diada parento-filial, como símbolos de agresiones orales. Para realizar estos análisis es preciso conocer y comprender bien la psicobiografía de cada persona.

Otra teoría que intenta explicar el origen de las fobias, es la del reflejo condicionado. Según ésta la ansiedad fóbica es una respuesta condicionada adquirida a través de la asociación del objeto fóbico (estímulo condicionado) con una respuesta nociva (estímulo incondicionado).

Entre las críticas principales que se han argumentado están que la mayoría de las fobias no parecen haber empezado a partir de un incidente traumático en el que el objeto fóbico se haya asociado a un estímulo incondicionado aversivo. Además la teoría del aprendizaje sugiere que cualquier objeto o situación asociada regularmente con un estímulo nocivo tiene la misma probabilidad de transformarse en un objeto fóbico, pero el abanico de objetos fóbicos es en realidad relativamente pequeño y su distribución no es aleatoria (5).

Tampoco la teoría del condicionamiento puede explicar algunos casos de entomofobia pues existen personas que nunca han sido picadas o han tenido una experiencia traumática temprana con un insecto o arácnido.

Dentro de las teorías biologicistas, destaca Seligman (7), que sugirió que las fobias simples son un ejemplo de aprendizaje modelado por la evolución. La mayoría de las fobias específicas involucran estímulos que en el curso de la evolución han representado un peligro real para el hombre en algún momento, ante los que todavía reacciona como si fueran intrínsecamente peligrosos. Esta teoría podría explicar la entomofobia, o también más concretamente la aracnofobia. Experiencias traumáticas de ser dañados por un artrópodo peligroso en tiempos pasados en los que especie humana y animal compartían el medio natural, podrían 'permanecer' a través de un mecanismo defensivo en forma de miedo irracional, que presenta especial virulencia en algunas personas.

Mediante el uso de cuestionarios, se ha observado que pacientes aracnofóbicos graves atribuyeron su fobia a experiencias condicionadas, a aprendizaje de modelos o bien a experiencias derivadas de la adquisición de información (8). A nivel cognitivo, en los pacientes con aracnofobia se ha podido comprobar que presentan una distorsión en los pensamientos sobre las arañas. Mediante experimentación, Riskind (9) demuestra que las personas con un alto miedo a las arañas tienden a pensar en éstas como agresivas y beligerantes, como si sólo fueran a dirigirse contra ellos aunque existan otras personas acompañándoles, sugiriendo que las percepciones de peligro y las distorsiones cognitivas son fenómenos relacionados.

Utilizando técnicas de imagen (PET), Fredrickson y cols. (10) han obtenido que aracnofóbicos, al ser expuestos a una araña, experimentan un aumento del flujo sanguíneo cerebral en córtex visual secundario, y una disminución en hipocampo, prefrontal, orbitofrontal, temporopolar y córtex cingulado posterior, implicando el miedo a áreas corticales fuera del clásico sistema límbico.

El manejo terapéutico de las fobias a los insectos y otros artrópodos, puede realizarse mediante diferentes técnicas psicoterapéuticas o farmacológicas, o bien mediante la combinación de varias de éstas.

Todos los pacientes fóbicos en general, precisan de un soporte emocional y de una confianza en la orientación del

profesional que les trata. En algunos casos, será suficiente con una simple exhortación para enfrentarse a los estímulos fóbicos.

Son muy poco numerosos los estudios realizados en la aplicación de psicofármacos a estos pacientes. Las alternativas farmacológicas serían antidepresivos, bien de estructura tricíclica, o bien los nuevos antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), ansiolíticos, o beta bloqueantes. La prescripción de los dos primeros grupos de fármacos tendría su justificación cuando se asocia sintomatología depresiva o bien la fobia simple es comórbida a otro trastorno de ansiedad. Los ansiolíticos benzodiazepínicos o los beta bloqueantes podrían ser administrados en el caso de que fuera preciso disminuir el nivel de ansiedad ante la exposición al estímulo fóbico (artrópodo), y siempre como coadyuvante de otro tipo de psicoterapia de las que se describen a continuación (5).

Si el terapeuta identifica la presencia de conflictos subyacentes asociados con la ansiedad fóbica y la evitación, y éstos son susceptibles de una exploración en profundidad, pueden beneficiarse de una terapia psicodinámica, pero casi con seguridad va a tratarse de trastornos mucho más graves y/o asociados a otras psicopatologías. La aproximación psicodinámica puede ser útil para comprender y resolver las complicaciones interpersonales secundarias que pueden servir como resistencias a la implementación con éxito de otras terapias (11).

Otra de las técnicas es la terapia cognitiva. Esta es una modalidad de terapia desarrollada recientemente, que está relacionada filosóficamente con una larga tradición de interpretación de las cogniciones -pensamientos- como un determinante fundamental de las conductas y de las emociones. En la práctica clínica, la terapia cognitiva es normalmente un tratamiento a corto plazo, que requiere la colaboración por parte del paciente. Terapeuta y paciente trabajan juntos para tratar de identificar y modificar patrones de pensamiento desadaptativos. El objetivo de ésta es dirigir los esfuerzos terapéuticos a la modificación de cogniciones disfuncionales provocadoras de ansiedad. Las cogniciones son en primer lugar la sobreestimación de la posibilidad de un suceso que se teme, estimaciones exageradas de la gravedad del suceso temido; subestimar las posibilidades personales de hacer frente a la situación, o bien estimaciones bajas y poco realistas de la ayuda que los demás pueden ofrecer (12).

La terapia cognitiva para trastornos fóbicos se centra en la modificación de las estimaciones poco realistas del riesgo o peligro y se somete al paciente a una serie de exposiciones graduales (desensibilización progresiva). Generalmente entre las técnicas cognitivas se suelen utilizar las conductuales, que paso a paso se exponen.

La terapia conductual es la más utilizada en esta fobia, y parece ser el tratamiento de elección, pues como se ha dicho, la medicación ocupa un lugar muy pequeño. La forma de realizar esta terapia es exponiendo gradualmente al objeto temido (insecto/araña) y es fácil de aplicar. El problema es convencer a los pacientes de que la exposición es buena para ellos. Se puede utilizar la exposición con ayuda del terapeuta, donde éste último acompaña al paciente durante la situación fóbica y organiza ensayos de exposición directamente. Estos tratamientos se dividen en dos grupos según si el objeto fóbico se presenta de forma 'imaginada' o 'in vivo'. Este último consiste en poner al paciente en contacto con el artrópodo real. El método de exposición al insecto puede ser progresivo o no. Si es gradual se utiliza primero un estímulo que resulte menos estresante para ir aumentándolo. Si no es

gradual se enfrenta al paciente con el ítem más estresante de la jerarquía.

La mayoría de técnicas de exposición se han utilizado tanto individualmente como en grupo. En el grupo, el paciente se siente persuadido a ponerse en contacto con el insecto tanto por el ejemplo de los otros miembros del grupo como por el apoyo que éstos le ofertan. Una alternativa es que el terapeuta utilice instrucciones sobre la práctica de la exposición y pida al paciente que lleve un control escrito de tal práctica. Este registro se examina en siguientes sesiones donde también se solucionan los problemas con los que se encontró el paciente. Pueden utilizarse en primeras sesiones si el terapeuta lo considera conveniente estímulos no vivos, por ejemplo insectos de juguete, o inanimados (fotografías, especímenes disecados, etc.) antes de enfrentarse a los animales temidos, por ejemplo las arañas. La mayoría de los pacientes responden rápidamente a este tratamiento, y los estudios de seguimiento apuntan a que se mantienen tales mejorías (5).

Otro abordaje en el tratamiento de las fobias a los artrópodos, es el empleo de la hipnosis en combinación con otras terapias anteriormente citadas.

La hipnotizabilidad es un rasgo estable y mensurable que connota la capacidad intacta para concentrarse intensamente, una receptividad para la información nueva y una flexibilidad para cambiar de conducta. La hipnosis pretende otorgar al paciente una sensación de su dominio sobre los síntomas que padece, y no, como vulgarmente se cree, llevarle a una sumisión a la voluntad del terapeuta. El paciente, mediante hipnosis, será capaz de controlar las respuestas somáticas de la ansiedad (aumento de la frecuencia cardíaca, malestar gastrointestinal y torácico, diaforesis, inquietud motora, etc.).

Los pacientes fóbicos son, como mínimo, hipnotizables en un grado normal o quizás superior (5).

Las estrategias de tratamiento que utilizan la hipnosis suelen valerse de la reestructuración cognitiva combinando la visualización con la relajación física. Se le enseña al paciente a mantener la sensación física de estar flotando relajadamente mientras representa, durante el estado de trance, las situaciones temidas sobre una pantalla imaginaria. Este tipo de abordaje tiene claros elementos en común con la desensibilización sistemática, con la diferencia de que en este caso asociar un estímulo nocivo con la relajación puede hacerse bastante rápido y sin necesidad de establecer una jerarquía de estímulos. A los pacientes con fobia a los insectos y otros artrópodos se les puede enseñar a sentir control frente a un animal, aprendiendo primero a controlar sus propias reacciones somáticas ante él. Otro tipo de enfoque, utilizando la hipnosis, es dar instrucciones a los pacientes durante el trance para que imaginen que están literalmente en algún otro lugar, lejos de los estímulos que lo atemorizan o que la capacidad para dominar la situación y su respuesta a ella va a mejorar (13).

Delirios de infestación parasitoide

Un cuadro clínico mucho menos frecuente es el Síndrome de Ekbom (14). Éste consiste en que el paciente persiste en la convicción delirante (es decir, irreductible a la argumentación lógica) de estar infestado por parásitos en su piel, a pesar de sucesivas exploraciones dermatológicas y físicas realizadas que demuestran la inexistencia de estos parásitos.

La epidemiología, es de difícil establecimiento, dada la gran resistencia de estos pacientes a acudir al Psiquiatra.

Según el análisis de Trabert (15), se estima una incidencia anual de 16,6/ millón de habitantes y una prevalencia anual de 83,21 / millón de habitantes. La media de edad es de $57,02 \pm 14,6$ años. La proporción de hombres/mujeres es de 1/2.36. El tiempo medio de duración del delirio son tres años.

En su etiología pueden estar implicadas un gran número de patologías, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de establecer el diagnóstico, ya que las aplicaciones pronósticas y terapéuticas pueden ser muy diferentes. Hay que descartar (16, 17,18):

- Cuadros endocrinológicos: Diabetes méllitus, hipotiroidismo...
- Causas cardiovasculares: Arritmias, insuficiencia cardíaca...
- Causas hematológicas: Policitemia vera, linfomas, leucemia linfocítica crónica, anemia carencial...
- Causas Neurológicas: Enfermedades cerebrales degenerativas, tumores del SNC, cuadros con atrofia cerebral como en la demencia senil, Enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington...
- Causas Dermatológicas: vitiligo, pelagra, dermatitis... Los estudios familiares no demuestran trastornos dermatológicos genéticos en estos pacientes (17).
- Cuadros infecciosos: Tuberculosis, sífilis...
- Fármacos: metilfenidato, fenelzina, anfetaminas, corticoides, anticolinérgicos, pargilina.
- Sustancias tóxicas, ya sean por el consumo como por la abstinencia de las mismas: cocaína, alcohol, anfetaminas...
- Trastornos psiquiátricos: Depresión endógena, esquizofrenia, cuadros paranoides, retraso mental, alucinosis alcohólica crónica, delirium tremens, psicosis hipocondríaca monosintomática...
- Otras: Déficit de vitamina B12, disyunción renal, alteraciones visuales y otros déficits sensoriales, etc.

En la clínica, los parásitos o insectos pueden ser descritos como conocidos o afirmar que se trata de una especie nueva, o extremadamente rara aportando detalles imaginarios, oyendo los ruidos que éstos puedan hacer o percibiendo olores extraños. La descripción de las características de los parásitos o insectos puede ser tan minuciosa y realista que puede llegar a convencer a las personas cercanas, pudiéndose producir una 'folie á deux'.

En otras ocasiones la descripción de los parásitos puede resultar creíble, pero no la dinámica de limpieza y desparasitación llevados a cabo por el paciente, que es totalmente desproporcionada o grotesca, pasando a ser su principal ocupación.

La localización de los parásitos suele ser muy diversa; puede ser exclusivamente externa (ectoparasitosis), que se circunscribe al tracto intestinal (endoparasitosis) o que haya afectación tanto de la piel como de órganos internos.

Este delirio de parasitación puede presentarse en gran variedad de contextos clínicos, y de diferentes diagnósticos psiquiátricos: depresiones, esquizofrenia, retraso mental, apareciendo como un elemento semiológico más, o estando únicamente presente, sin otra patología psiquiátrica como en la psicosis hipocondríaca monosintomática (encuadrada en las clasificaciones actuales dentro de los trastornos por ideas delirantes) (19).

Tullet (20) divide a estos pacientes entre los que presentan una creencia irracional e irreductible de estar

infestados por un parásito (delirio), de aquellos otros que muestran un intenso miedo consciente a la infestación (fobia), lo que justificaría en algunas ocasiones el uso del término 'acarofobia'.

Aunque el delirio de parasitación puede aparecer en cualquier tipo de personalidad, es más frecuente que se presente sobre personalidades de tipo obsesivo o paranoide (16).

En lo que se refiere a la esfera afectiva, inicialmente está en primer plano la reivindicación y la demanda activa por parte del paciente, que posteriormente puede dar paso a una cierta indiferencia ante la persistencia de la sintomatología. Con el paso del tiempo suelen presentar rasgos de depresión y ansiedad reactivos (16), e incluso se han descrito casos en que pueden llegar al suicidio (21).

En la evolución, clásicamente se ha considerado que ésta es hacia la cronicidad (16), aunque Berrios (22) sugiere que el pronóstico puede no ser tan malo ya que estos resultados provienen, en la mayor parte de la observación de los casos más graves y crónicos que son los que acuden a Psiquiatría, y no de los que acuden al resto de especialidades médicas.

Trabert (15) y Musalek (23), hallan una remisión completa en más del 50% de los casos, lo que contradice la hipótesis de que este tipo de cuadros son crónicos y con una pobre respuesta al tratamiento.

En algunas ocasiones se han publicado casos de remisiones espontáneas (24), aunque son poco frecuentes, y en la mayoría de los casos persiste la convicción de haber sufrido la infestación.

Los enfermos que en principio tienen peor pronóstico son los que padecen algún trastorno orgánico cerebral, dada la pobre respuesta al tratamiento psicofarmacológico (23).

En general se puede decir que el curso puede ser muy diferente de unos pacientes a otros.

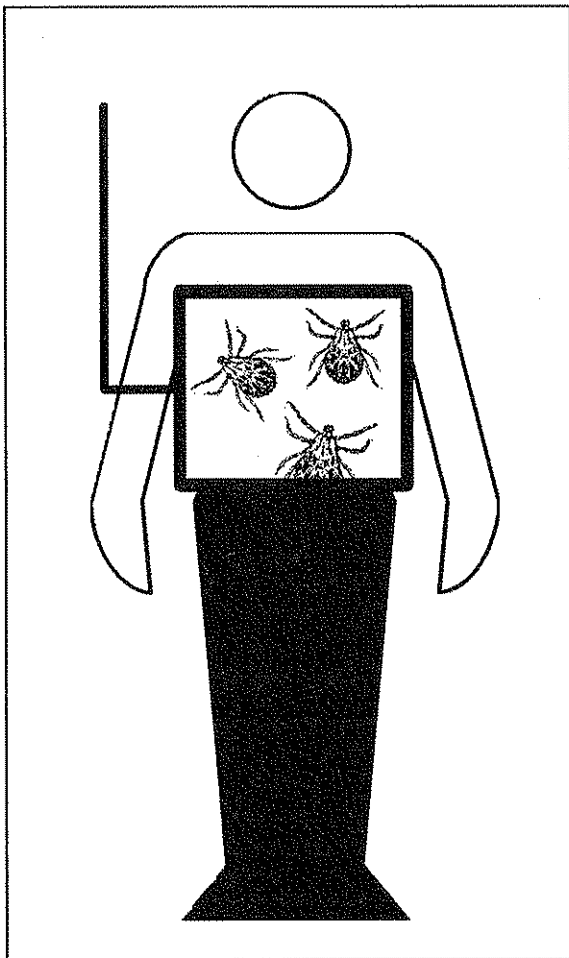
En cuanto al tratamiento de esta entidad psicopatológica, debe considerarse que antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento se deben descartar todas las posibles enfermedades orgánicas susceptibles de causar prurito intenso, afecciones dermatológicas o de otra etiología, y como es lógico, descartar que no exista una verdadera infestación.

Recientemente se han publicado estudios de intervenciones interdisciplinares (Psiquiatra-Dermatólogo), para el tratamiento de este tipo de pacientes con delirios de parasitación, de forma ambulatoria. La gran ventaja de este tipo de abordaje es que al paciente no se le 'urge' para que abandone de forma brusca la convicción delirante en relación con su patología desde el principio de su relación con el Psiquiatra, lo que permite que la relación terapéutica sea mucho mejor (15, 25).

En los casos en que el delirio de parasitación no sea la única clínica, sino un elemento semiológico más, ya sea de una patología psiquiátrica mayor, o de otra patología orgánica, habrá de tenerse en cuenta en el tratamiento.

Se han intentado diferentes tratamientos con resultados diversos. Los mejores resultados, se han obtenido con la utilización de neurolepticos, como el haloperidol o pimozide. En los diferentes estudios más de un 50% de los casos son tratados con estos fármacos (15). El pimozide ha demostrado su eficacia incluso en delirios parasitarios de larga evolución, a dosis de 2-12 mg /día (26), e incluso en algunos estudios se ha demostrado que podría ser posible un tratamiento intermitente, a lo largo de los años, sin que hubiese recurrencias en los delirios. A pesar de ello, hay que señalar que no hay estudios concluyentes que demuestren que este psicofármaco sea superior a otros antipsicóticos, especialmente las butirofenonas (17).

Recientemente han sido ensayados tratamientos con un nuevo neuroléptico: la risperidona (27). En los casos en que se acompaña, o va precedida la aparición del delirio de clínica depresiva, estaría indicado el uso de antidepresivos (28), ya que en algunos estudios se ha hallado una disminución de las ideas delirantes tras el tratamiento con antidepresivos. Por tanto, en estos pacientes es fundamental realizar un diagnóstico diferencial psiquiátrico antes de iniciar cualquier tratamiento psicofarmacológico.



Bibliografía

- (1) KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. (1992): *Tratado de Psiquiatría*. Masson Salvat. 2ª Edición.
- (2) AYUSO, J. L. (1988): *Trastornos de angustia*. Martínez Roca.
- (3) FYER, A. J., MANNUZZA, S., GALLOPS, M. S. *et al.* (1990): Familial transmission of simple phobias and fears: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 47:252-256.
- (4) DSM-IV (1995): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Nusson.
- (5) HALES, R. E., YUDOFKY, S. C. & TALBOTT, J. A. (1996): *Tratado de Psiquiatría*. Ancora.
- (6) LANE, R. C. & CHAZAN, S. E. (1989): Symbols of terror: The witch /vampire, the spider, and the sark. *Psychoana-Psychol.* 6/3 (325-341).
- (7) SELIGMAN, M. E. (1971): Phobias and preparedness. *Behavior Therapy* 2: 307-320.
- (8) ARNTZ, A., LAVY, E., VAN DER BERG, G. & VAN RIJSCORT, S. (1993): Negative beliefs questionnaire: A psychometric evaluation of the spider phobia beliefs questionnaire. *Adv-Behav-Res- Ther* 1511: 257-277.
- (9) RISKIND, J. H., MOORE, R. & BOWLEY, L. (1995): The looming of spiders: The fearful perceptual distortion of movement and menace. *Behav- Res- Ther.* 33/2: 171-178.
- (10) FREDICKSON, M., WIK, G., ANNAS, P., ERICSON, K. & STONE ELANDER, S. (1995): Functional neuroanatomy of visually elicited simple phobic fear : Additional data and theoretical analysis. *Psychophysiology* 32/1:43-48.
- (11) GABBARD, G. O. (1990): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, American Psychiatric Press.
- (12) CLARK, D. M., SALKOVSKIS, P. M. & CHALKI, A. J. (1985): Respiratory control as a treatment for panic attacks. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 16:23-30.
- (13) ERIKSON, K. (1976): *Everything in Its Path: Destruction of Communality in the Buffalo Creek Flood*. New York, Simon & Schuster.
- (14) EKBOM, K. A. (1938): Der prasenile dermatozoenwahn. *Actas Psychiatr Neurol.*, 13: 227-259.
- (15) TRABERT, W. (1995): 100 Years of delusional parasitosis. Meta-Analysis of 1223 case reports. *Psychopathology*, 28: 238-246.
- (16) GONZÁLEZ, J. C., LASTRA, I. & RAMOS, Y. M. (1993): Delirio parasitario: Revisión a propósito de nuevos casos. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 21, 2: 56-62.
- (17) MARTÍNEZ, R., SARASUA, J. M. & PREGO, R. (1991): Los delirios de infestación parasitaria (Síndrome de Ekbom). *Actas Derm-Sif*, 82, 9: 605-607.
- (18) JOHNSON, G. C. & ANTON, R. F. (1985): Delusions of parasitosis: Differential diagnosis and treatment. *South Med J.*, 78: 914-918.
- (19) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992): Décima revisión de la clasificación de las enfermedades mentales (CIE-IO): Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS.
- (20) TRULLET, G. L. (1965): Delusions of parasitosis. *Br J Dermatol.*, 77: 448-455.
- (21) MONK, B. E. & RAO, Y. J. (1994): Delusions of parasitosis with fatal outcome. *Clin Exp Dermatol.*, 19/4: 341-342.
- (22) BERRIOS, G. E. (1985): Delusional parasitosis and physical disease. *Compr. Psychiatry.*, 26: 266-269.
- (23) MUSALEK, M., BACH, M., GERTBERGER, K., LESCH, O. M., PASSWEG, V. & WALTER, H. (1989): Psychopharmacological treatment in delusional parasitosis. *Wien Med Wochenschr.*, 139/13: 297-302.
- (24) LYELL, D. (1983): Delusions of parasitosis. *Br J Dermatol*, 108: 485-499.
- (25) MUSALEK, M. (1989): Les indicateurs psychopathologiques et biologiques pour la thérapeutique des délires chroniques. *Psychol Med.*, 21: 1355-1359.
- (26) DAMIANI, J. T. (1990): Pimozide in delusions of parasitosis. *J Am. Acad. Dermatol.*, 22: 312-313.
- (27) GALLUCCI, G. & BEARD, G. (1995): Risperidone and treatment of delusions of parasitosis in an elderly patient. *Psychosomatics.*, 36 (6): 578-580.
- (28) GUPTA, M. A. (1986): Psychotropic drugs in dermatology. *J Am. Acad. Dermatol.*, 14: 633-645.