



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2025-2026

Trabajo Fin de Máster

Variables transdiagnósticas asociadas a la dermatilomanía en adultos jóvenes

Autora: Julia Romera Tutor

Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.JAPR.JRT.251103.

Convocatoria: Enero 2026.

Resumen

La dermatilomanía o trastorno excoriativo es un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo caracterizado por conductas repetitivas de rascado de la piel que generan daño físico y malestar psicológico. Investigaciones previas indican que esta conducta se asocia con variables transdiagnósticas, como la hiperreactividad sensorial y determinadas dificultades emocionales y cognitivas, implicadas en el inicio y mantenimiento del comportamiento de rascado, especialmente en niveles subclínicos. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre dichas variables (hiperreactividad sensorial, vergüenza, perfeccionismo clínico y dificultades en la regulación emocional) y la sintomatología subclínica de dermatilomanía en adultos jóvenes, así como examinar el papel de la ansiedad y la depresión y las diferencias en función del sexo. Se realizó un estudio descriptivo correlacional mediante análisis secundario de datos del proyecto ETOC, utilizando una submuestra de 851 adultos jóvenes (18-29 años). Se llevaron a cabo análisis descriptivos, correlacionales y regresiones lineales jerárquicas. Los resultados mostraron asociaciones positivas entre la dermatilomanía y todas las variables transdiagnósticas evaluadas. No obstante, la hiperreactividad sensorial y la vergüenza fueron los únicos predictores consistentes, incluso al controlar la ansiedad y la depresión, que no mostraron un papel explicativo independiente. Además, se observaron diferencias por sexo: en mujeres, destacaron la vergüenza y la hiperreactividad sensorial, mientras que en varones fueron más relevantes la hiperreactividad sensorial y las dificultades en la regulación emocional. Estos hallazgos contribuyen a identificar perfiles de riesgo y a orientar intervenciones preventivas y clínicas centradas en procesos transdiagnósticos clave desde fases tempranas del trastorno.

Palabras clave: Dermatilomanía, trastorno excoriación, hiperreactividad sensorial, vergüenza, disregulación emocional, perfeccionismo

Abstract

Skin picking disorder (dermatillomania) is an obsessive-compulsive spectrum disorder characterized by repetitive skin-picking behaviors that result in physical damage and psychological distress. Previous research indicates that this behavior is associated with transdiagnostic variables, such as sensory hyperreactivity and certain emotional and cognitive difficulties, which are involved in the onset and maintenance of skin-picking, especially at subclinical levels. The aim of the present study was to examine the relationship between several transdiagnostic variables (sensory over-responsivity, shame, clinical perfectionism, and difficulties in emotion regulation) and subclinical skin picking symptomatology in young adults, as well as to explore the role of anxiety and depression and potential sex differences. A descriptive correlational study was conducted using secondary data analysis from the ETOC project, based on a subsample of 851 young adults aged 18 to 29 years. Descriptive, correlational, and hierarchical linear regression analyses were performed. The results revealed significant positive associations between skin picking symptomatology and all transdiagnostic variables assessed. However, in the global predictive models, only sensory over-responsivity and shame emerged as significant predictors of skin picking symptoms, even after controlling for anxiety and depression. Anxiety and depression did not show a stable mediating role. Additionally, sex differences were observed: in women, shame and sensory over-responsivity were the main predictors, whereas in men, sensory over-responsivity and difficulties in emotion regulation were the most relevant predictors. These findings contribute to identifying risk profiles and to guiding preventive and clinical interventions focused on key transdiagnostic processes from early stages of the disorder.

Keywords: Skin picking disorder, excoriation disorder, sensory over-responsivity, shame, emotion dysregulation, perfectionism

Introducción

La dermatilomanía, también denominada trastorno de rascado de la piel o trastorno excoriativo, se caracteriza por la presencia de conductas repetitivas de rascado o manipulación de la piel que provocan daño en los tejidos (Grant & Chamberlain, 2020). Este cuadro clínico se incluye dentro del grupo de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (TOCRs) en el DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013).

En cuanto a las clasificaciones internacionales, la CIE-10 y el DSM-IV no incluían la dermatilomanía como trastorno independiente (Fernández Rodríguez et al., 2020), ubicándola en los trastornos del control de impulsos. En el DSM-5, aparece por primera vez como “trastorno de excoriación” dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, junto al TOC, la tricotilomanía y el trastorno dismórfico corporal (TDC). Este se define por el rascado recurrente de la piel, lesiones cutáneas y dificultad para detener el comportamiento, que genera malestar o deterioro funcional. La CIE-11 (2021), por su parte, lo incorpora como subtipo dentro de los “trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo”, diferenciándolo de otros trastornos como el movimiento estereotipado o las excoriaciones de origen dermatológico.

Aunque las cifras sobre su prevalencia varían según los estudios, se estima que afecta aproximadamente entre el 1 % y el 5 % de la población general (Alfahaad et al., 2024). La dermatilomanía suele comenzar durante la adolescencia y afecta con mayor frecuencia a las mujeres. La edad de inicio suele ser alrededor de los 13 años y más del 90% de los casos comienzan antes de los 20 (Grant & Chamberlain, 2022). Una investigación reciente estimó una proporción más equilibrada, de aproximadamente 1.2 mujeres por cada hombre afectado (Farhat et al., 2023). Esto sugiere que, si bien la prevalencia sigue siendo mayor en mujeres, la diferencia entre ambos sexos podría ser menor de lo que se creía anteriormente.

Este trastorno comparte características con otros síndromes como la tricotilomanía, TDC o la hipocondría monosintomática, todos ellos relacionados con el TOC (Fernández Rodríguez et al., 2020). Es común que la dermatilomanía se presente junto con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad, TOC o los trastornos por consumo de sustancias (Farhat et al., 2023). Esta comorbilidad se asocia con una mayor gravedad de los síntomas y un impacto más profundo en el bienestar psicológico y funcional de quienes la padecen. Se suelen manifestar conductas impulsivas o compulsivas, y aunque en la tricotilomanía predominan las conductas compulsivas, en la excoriación psicógena se observa un espectro que va desde lo obsesivo hasta el descontrol del impulso (Fernández Rodríguez et al., 2020). Algunos individuos experimentan tensión antes del acto y alivio posterior, mientras que otros presentan rituales repetitivos similares a las compulsiones del TOC. En ciertos casos, cuando se añade preocupación por la apariencia, puede cumplir criterios diagnósticos de TDC.

Fernández Rodríguez et al. (2020) proponen tres subtipos de dermatilomanía: compulsiva, impulsiva y mixta. En el tipo compulsivo, el acto de rascarse la piel busca reducir la ansiedad o evitar una situación temida, siendo consciente y resistido parcialmente. El tipo impulsivo se asocia con placer o alivio de la tensión, con poca conciencia o control del comportamiento. El tipo mixto combina ambas características. Parsa, Pixley y Fried (2023) describen once subtipos de dermatilomanía: orgánico o disestésico, obsesivo-compulsivo, habitual o funcionalmente autónomo, ansioso-depresivo, asociado al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), límite, narcisista, dismórfico corporal, delirante, culpable y colérico.

Durante la adolescencia, es común que aparezcan conductas repetitivas como rascarse la piel, utilizadas como una estrategia inmediata, aunque poco adaptativa, para aliviar sensaciones intensas de ansiedad o tensión emocional (Flecha Giménez, 2025). Así, aunque

la conducta de rascado puede generar un alivio momentáneo, puede terminar consolidándose como un hábito difícil de detener. Además, cada vez hay más evidencia de que, en personas adultas, la tricotilomanía y la dermatilomanía suelen presentarse junto con ansiedad y depresión (Solley & Turner, 2018).

Comprender este trastorno resulta fundamental debido a su impacto debilitante en la calidad de vida, ya que una disfunción psicosocial moderada o severa se asocia con una mayor gravedad de los síntomas de rascado (Grant et al., 2016). Las personas con dermatilomanía suelen dedicar varias horas al día a rascarse o pellizcarse la piel, lo que genera sentimientos de vergüenza y culpa (Farhat et al., 2023). Estas conductas pueden provocar cicatrices visibles y costras, además de un deterioro significativo en la vida social, académica o laboral, debido a la evitación de actividades, la dificultad para mantener rutinas diarias o el aislamiento social.

Variables Transdiagnósticas Asociadas a la Dermatilomanía

La dermatilomanía se ha relacionado con variables psicológicas que contribuyen tanto al inicio como al mantenimiento de la conducta de rascado o pellizcado (Schienle, 2025).

Entre ellas, la hiperreactividad sensorial parece desempeñar un papel central, ya que una mayor sensibilidad a irregularidades cutáneas incrementa la atención hacia estímulos corporales aversivos y favorece la urgencia por eliminarlos, actuando como desencadenante inmediato de la conducta de rascado (Schienle, 2025). La hiperreactividad sensorial engloba una mayor sensibilidad o una respuesta desproporcionada frente a estímulos sensoriales, como el contacto físico, los sonidos o determinadas texturas (Houghton et al., 2019). En los trastornos de comportamiento repetitivo centrados en el cuerpo, como la dermatilomanía, se ha observado que las personas que lo padecen presentan umbrales táctiles más bajos, lo que implica una sensibilidad aumentada, así como alteraciones en la capacidad para modular la información sensorial (Houghton et al., 2018).

Esta experiencia suele ir acompañada de dificultades en la regulación emocional, de modo que el rascado de la piel funciona como una estrategia desadaptativa de alivio temporal de estados internos de tensión o malestar emocional (Schienle, 2025). Diversos estudios señalan que las personas con este trastorno presentan mayores déficits de regulación emocional (Grant et al., 2024), y que estos déficits pueden vincularse tanto a la frecuencia como a la intensidad de las conductas de rascado, que en muchos casos actúan como una forma inmediata de regular la activación interna (Barber & Fitzgerald, 2025). También se ha observado una menor tolerancia al malestar, es decir, más dificultad para soportar emociones aversivas (Grant et al., 2024), aunque algunos estudios no han encontrado diferencias (Cavic et al., 2021). A ello se suma una mayor evitación experiencial, es decir, la tendencia a esquivar sensaciones o emociones internas aversivas, que aparece incrementada en quienes muestran este tipo de conductas de rascado (Swisher, 2026).

Sin embargo, aunque estas dificultades emocionales parecen formar parte del núcleo del trastorno, su relación con la gravedad del rascado no siempre es consistente, posiblemente porque la conducta puede adquirir funciones adicionales con el tiempo, como ofrecer estimulación sensorial o ayudar a modular la activación fisiológica (Barber & Fitzgerald, 2025). En este punto, los problemas emocionales se asocian con mayor claridad a un tipo de rascado más consciente e impulsado por emociones intensas que a los episodios más automáticos, esos que surgen casi sin darse cuenta y se mantienen por costumbre o por las sensaciones físicas que producen.

Tras el episodio de rascado, sin embargo, emergen con frecuencia emociones autoconscientes negativas, especialmente la vergüenza, asociadas tanto al daño visible en la piel como a la percepción de pérdida de control sobre la conducta, lo que contribuye a un círculo de ocultación, autocrítica y malestar psicológico (Schienle, 2025).

La relación entre la dermatilomanía y la vergüenza es estrecha y de carácter bidireccional. Así, la vergüenza constituye una emoción nuclear en los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, incluida la dermatilomanía, y puede manifestarse tanto antes como después de los episodios de rascado compulsivo (Houazene et al., 2021). En este sentido, los pacientes suelen experimentar vergüenza anticipatoria ante el impulso de manipular la piel, así como vergüenza reactiva al observar las lesiones cutáneas resultantes, lo que favorece el aislamiento social y dificulta la búsqueda de ayuda terapéutica (Szentágotai et al., 2020). Además, esta emoción puede intensificar la urgencia de llevar a cabo el comportamiento repetitivo, contribuyendo al mantenimiento del ciclo patológico (Houazene et al., 2021).

En este contexto, el perfeccionismo clínico es otra variable transdiagnóstica que podría intensificar la insatisfacción con pequeñas imperfecciones cutáneas y potenciar estándares rígidos de apariencia o control corporal, aunque la evidencia sugiere que su papel sería secundario frente a factores más directamente implicados, como la sensibilidad sensorial y la vergüenza (Schhienle, 2025). El perfeccionismo, definido como la presencia de estándares personales excesivamente elevados y una autoevaluación crítica, es un rasgo cognitivo que se asocia estrechamente con el TOC y el TDC, ambos frecuentes como comorbilidades con dermatilomanía (Grant & Chamberlain, 2022).

En consecuencia, el objetivo principal de esta investigación es analizar la relación entre algunas de las variables transdiagnósticas (hiperreactividad sensorial, vergüenza, perfeccionismo y disregulación emocional) que la literatura científica ha señalado, y la dermatilomanía subclínica en adultos jóvenes. Se busca identificar cómo estos elementos influyen en la aparición y persistencia del comportamiento de rascado compulsivo, así como determinar la importancia relativa de cada uno en la severidad del trastorno para orientar estrategias preventivas y de intervención clínica más eficaces.

Para estudiar el objetivo de esta investigación se plantean las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1: Las variables transdiagnósticas (hiperreactividad sensorial, vergüenza, perfeccionismo y disregulación emocional) predecirán significativamente el nivel de afectación de la dermatilomanía subclínica en adultos jóvenes.
- Hipótesis 2: La ansiedad y la depresión tendrán un papel mediador entre las variables transdiagnósticas que influyen en el desarrollo de la dermatilomanía.
- Hipótesis 3: Existirán diferencias según el sexo en la relación entre las variables transdiagnósticas y la sintomatología de dermatilomanía.

Método

Participantes

La muestra utilizada procede del estudio ETOC (Espectro-TOC : Modelos predictivos de trastornos relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo), cuya muestra original estaba formada por 1.454 participantes reclutados en la primera evaluación (T0). El estudio incluyó adolescentes y adultos españoles de entre 14 y 64 años, y adoptó un diseño observacional longitudinal prospectivo con tres mediciones realizadas online mediante la plataforma LimeSurvey a lo largo de 18 meses (en los meses 0-T0, 8-T1 y 18-T2). Los criterios de inclusión fueron: (a) tener entre 14 y 65 años; (b) poseer un dominio del español igual o superior al nivel A1; y (c) aceptar el consentimiento informado.

Para el presente trabajo, el análisis se ha realizado sobre una submuestra extraída de la base de datos total, siendo el tamaño de la muestra de $n=851$. Los criterios de inclusión son: (a) tener entre 18 y 29 años (adultos jóvenes), (b) pertenecer a la muestra del estudio ETOC y (c) haber contestado a todas las escalas que se van a utilizar en esta investigación.

Variables e Instrumentos

En el estudio original se optó por emplear medidas de autoinforme debido a que, para la evaluación de síntomas interiorizados, ofrecen una fiabilidad superior. La sintomatología

subclínica asociada a los TOCRs se evaluó mediante las *Escalas Dimensionales Obsesivo-Compulsivas* (LeBeau et al., 2013), que permiten medir los síntomas propios del trastorno dismórfico corporal, el trastorno por acumulación, la tricotilomanía y la dermatilomanía. Además, se utilizó una versión ampliada de dichas escalas (Moreno-Amador et al., 2023), que incorpora la evaluación de las cuatro dimensiones principales del TOC y ha sido validada en población española como parte de las fases preliminares del proyecto ETOC, del cual deriva el presente estudio.

El protocolo de evaluación del proyecto ETOC incluyó también la medición de las Conductas Repetitivas Centradas en el Cuerpo (CRCC), realizada mediante un cuestionario elaborado ad hoc compuesto por 12 ítems que recogen la frecuencia de estos comportamientos durante el último mes, utilizando una escala de 0 a 10 (0 = “nada”, 10 = “muchísimo”).

Para la evaluación de las variables incluidas en el estudio como variables transdiagnósticas asociadas a la dermatilomanía se utilizaron instrumentos psicométricos validados, ampliamente empleados en el ámbito de la psicología clínica y de la investigación.

La hiperreactividad sensorial se evaluó mediante las *Sensory Over-Responsivity Scales* (SOR; Falkenstein, 2018), utilizando la adaptación española de Moreno-Amador et al. (2023). Este instrumento evalúa la tendencia a responder de manera intensa o desproporcionada ante estímulos sensoriales cotidianos en distintas modalidades sensoriales. Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert, obteniéndose una puntuación total que refleja el nivel de hiperreactividad sensorial.

El perfeccionismo se midió a través del *Clinical Perfectionism Questionnaire* (CPQ; Fairburn et al., 2003), un cuestionario compuesto por 12 ítems que evalúa el perfeccionismo clínico durante el último mes. Las respuestas se registran en una escala Likert de 4 puntos, donde puntuaciones más altas indican mayores niveles de perfeccionismo disfuncional.

La vergüenza fue evaluada mediante la *Experience of Shame Scale* (ESS; Andrews et al., 2002), empleando la adaptación española de Fernández-Alcántara et al. (2014). Esta escala consta de 25 ítems distribuidos en tres dimensiones relacionadas con la vergüenza asociada al carácter personal, la conducta y la apariencia física. Los ítems se responden en una escala Likert de 4 puntos, de modo que puntuaciones más elevadas reflejan una mayor experiencia de vergüenza.

La regulación emocional se evaluó mediante la versión breve de la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS-18; Victor & Klonsky, 2016), utilizando la adaptación española de Navarro-Carrascal et al. (2021). Este instrumento está compuesto por 18 ítems que evalúan dificultades en distintos procesos de la regulación emocional, como la conciencia, la aceptación y el control de las emociones. Las respuestas se recogen en una escala Likert de 5 puntos, donde puntuaciones más altas indican mayores dificultades en la regulación emocional.

Asimismo, se recopilaron diversas variables sociodemográficas (sexo, edad, país de nacimiento, nivel de estudios y género, entre otras), grado de satisfacción con la vida, hábitos saludables, presencia de problemas físicos y/o trastornos mentales, sintomatología ansioso-depresiva mediante el *Patient Health Questionnaire-4* (Kroenke et al., 2009) y nivel de bienestar subjetivo a través del *WHO-5 Well-Being Index* (World Health Organization, 1998).

Diseño y Procedimiento

Se trata de un diseño descriptivo correlacional transversal basado en el análisis secundario de datos provenientes de un estudio longitudinal prospectivo con tres momentos de evaluación (T0, T1 y T2), llevado a cabo mediante encuesta digital autoaplicada en población adulta joven. Para el presente estudio se han utilizado únicamente los datos recogidos en T0 mediante la plataforma LimeSurvey.

Consiste en un análisis de datos existentes, con autorización del investigador principal, centrado en la submuestra definida para este TFM. No se requiere una recogida de datos nuevos para el presente estudio.

Análisis de Datos

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 29. En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos con el objetivo de caracterizar la muestra y examinar la distribución de las variables principales del estudio. Para ello, se calcularon medias, desviaciones típicas, valores mínimos y máximos. Asimismo, se evaluó la consistencia interna de las escalas empleadas para la recogida de datos mediante el coeficiente *alfa de Cronbach*.

A continuación, se realizaron análisis de correlación para examinar la relación entre la sintomatología de dermatilomanía, las variables transdiagnósticas, los síntomas de ansiedad y depresión, y los indicadores de bienestar. En función del tipo de variable, se utilizaron correlaciones bivariadas de Pearson, mientras que para las variables sociodemográficas edad y sexo se emplearon correlaciones no paramétricas de Spearman. El nivel de significación estadística se estableció en $p < .05$, con contrastes bilaterales.

Posteriormente, se estimaron modelos de regresión lineal jerárquica con el fin de analizar la capacidad predictiva de las variables transdiagnósticas sobre la sintomatología de dermatilomanía. Las variables se introdujeron por bloques: en un primer paso se incluyeron las variables sociodemográficas (edad y sexo); en un segundo paso, se incorporaron la ansiedad y depresión; y en un tercer paso se añadieron las variables transdiagnósticas. Previamente a la realización de los análisis de regresión, se comprobaron los supuestos estadísticos de la regresión lineal (normalidad, linealidad, homocedasticidad, independencia de los residuos y ausencia de multicolinealidad). La variable evitación experiencial (AAQ-II) no se incluyó en los modelos de regresión debido a la presencia de problemas de

multicolinealidad con otras variables transdiagnósticas, lo que podía afectar a la estabilidad y a la interpretación de los coeficientes de regresión.

Para evaluar el ajuste de los modelos, se utilizó la R^2 ajustada, dado que este estadístico estima la proporción de varianza explicada por el modelo teniendo en cuenta el número de predictores incluidos, penalizando la inclusión de predictores no significativos, lo que proporciona una estimación más precisa del poder explicativo del modelo. Asimismo, se examinó el incremento en la varianza explicada (ΔR^2) entre los distintos pasos de los modelos jerárquicos.

Finalmente, con el objetivo de explorar posibles diferencias en función del sexo, se realizaron análisis de regresión lineal jerárquica de forma separada en varones y mujeres, tanto en modelos que incluían exclusivamente variables transdiagnósticas como en modelos que controlaban el efecto de los síntomas de ansiedad y depresión.

Resultados

Estadísticos Descriptivos y Consistencia Interna de las Medidas

La muestra se compuso de 851 participantes, con una edad media de 22.15 años ($SD=3.29$). La sintomatología de dermatilomanía (SPD) mostró una media baja-moderada, con un rango completo de puntuaciones observadas. Las variables transdiagnósticas evaluadas (reactividad sensorial (SOR), vergüenza (ESS), perfeccionismo clínico (CPQ), evitación experiencial (AAQ-II) y dificultades en regulación emocional (DERS)) presentaron una adecuada dispersión y abarcaron la totalidad de sus rangos teóricos. Asimismo, los síntomas de depresión y ansiedad, evaluados mediante el PHQ, mostraron valores medios-bajos a moderados en la muestra total.

Todas las escalas utilizadas presentaron niveles adecuados a excelentes de consistencia interna, con coeficientes *alfa de Cronbach* entre .77 (PHQ-Depresión) y .96 (ESS). En la tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos y los índices de fiabilidad.

Tabla 1*Estadísticos descriptivos de la muestra y variables principales*

Variable	N	M	SD	Mín	Máx	Alfa de Cronbach
Edad	851	22.15	3.29	18	29	-
SPD total	851	3.13	4.38	0	20	.89
SOR total	851	14.67	10.77	0	71	.90
ESS total	851	59.41	17.59	25	100	.96
CPQ total	851	17.75	6.47	0	36	.83
AAQ-II	851	25.09	10.90	7	49	.94
DERS total	851	44.75	14.81	18	86	.87
PHQ-Depresión	851	2.21	1.67	0	6	.77
PHQ-Ansiedad	851	2.71	1.88	0	6	.84
PHQ-Total	851	4.92	3.22	0	12	.85

Nota. SPD= Skin picking disorder (dermatilomanía); SOR = Hiperreactividad sensorial; ESS = Vergüenza; CPQ = Perfeccionismo clínico; AAQ-II = Evitación experiencial; DERS = Dificultades en regulación emocional; PHQ = Patient health questionnaire.

Relación entre Dermatilomanía y Variables Transdiagnósticas

Tal como se muestra en la Tabla 2, la sintomatología de dermatilomanía se asoció de forma positiva y significativa con todas las variables transdiagnósticas examinadas. En concreto, dermatilomanía (SPD) correlacionó con reactividad sensorial ($r = .27, p < .01$), vergüenza ($r = .31, p < .01$), perfeccionismo clínico ($r = .25, p < .01$) y dificultades en regulación emocional ($r = .26, p < .01$).

Asimismo, SPD mostró asociaciones positivas con síntomas de depresión ($r = .20, p < .01$) y ansiedad ($r = .22, p < .01$), y asociaciones negativas con indicadores de bienestar subjetivo ($r = -.16, p < .01$). La edad no se relacionó de forma significativa con dermatilomanía ($r = .07, p > .05$), mientras que el sexo mostró una correlación positiva y significativa ($r = .14, p < .01$).

Tabla 2

Matriz de correlaciones entre dermatilomanía (SPD) y variables transdiagnósticas, psicopatológicas y de bienestar

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. SPD total	—												
2. SOR total	.27**	—											
3. ESS total	.31**	.41**	—										
4. CPQ total	.25**	.38**	.59**	—									
5. AAQ-II total	.22**	.39**	.68**	.53**	—								
6. DERS total	.26**	.39**	.65**	.47**	.75**	—							
7. PHQ-Depresión	.20**	.27**	.45**	.34**	.55**	.59**	—						
8. PHQ-Ansiedad	.22**	.30**	.51**	.46**	.60**	.58**	.64**	—					
9. PHQ total	.23**	.32**	.53**	.44**	.63**	.64**	.89**	.92**	—				
10. WHO total	-.16**	-.25**	-.46**	-.32**	-.56**	-.53**	-.60**	-.57**	-.64**	—			
11. SV	-.16**	-.20**	-.44**	-.30**	-.56**	-.51**	-.49**	-.40**	-.49**	.59**	—		
12. Edad	.07	-0.01	.01	.05	.00	-.08*	-.05	-.03	-.04	-.00	-.07	—	
13. Sexo	.14**	.13**	.22**	.21**	.19**	.14**	.11**	.19**	.17**	-.17**	-.09**	-.06	—

Nota. SPD = *Skin picking disorder*; SOR = Hiperreactividad Sensorial; ESS = Vergüenza; CPQ = Perfeccionismo clínico; AAQ-II = Evitación experiencial; DERS = Dificultades en regulación emocional; PHQ = Patient health questionnaire; WHO = Bienestar subjetivo; SV = variable de salud/bienestar.

Edad y sexo: Correlación no paramétrica de Spearman * $p < .050$ para todas las correlaciones; ** $p < .010$

Modelo Predictivo Global de Dermatilomanía a partir de Variables Transdiagnósticas

Se estimó una regresión jerárquica para analizar la capacidad predictiva de las variables transdiagnósticas sobre la sintomatología de dermatilomanía (Tabla 3). En el Modelo 1, la edad ($\beta = 0.08$, $p = .027$) y el sexo ($\beta = 0.15$, $p < .001$) resultaron predictores significativos de la sintomatología de dermatilomanía, explicando conjuntamente el 2 % de la varianza (R^2 ajustada = .02).

En el Modelo 2, tras introducir nuevamente la edad y el sexo junto con las variables transdiagnósticas, ambos predictores sociodemográficos mantuvieron efectos significativos, y el modelo explicó en torno al 13 % de la varianza total (R^2 ajustada = .13). En este modelo, la reactividad sensorial ($\beta = 0.15$, $p < .001$) y la vergüenza ($\beta = 0.15$, $p = .002$) emergieron como predictores significativos de dermatilomanía (SPD), mientras que el perfeccionismo clínico ($\beta = 0.05$, $p = .195$) y las dificultades en regulación emocional ($\beta = 0.08$, $p = .074$) no alcanzaron significación estadística.

Tabla 3

Regresión jerárquica global prediciendo la sintomatología de dermatilomanía

Predictor	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1					
Edad	0.10	0.05	0.08	2.22	.027
Sexo	1.56	0.36	0.15	4.38	<.001
Modelo 2					
Edad	0.10	0.04	0.07	2.30	.022
Sexo	0.79	0.35	0.08	2.25	.024
Reactividad sensorial (SOR)	0.06	0.02	0.15	4.25	<.001
Vergüenza (ESS)	0.04	0.01	0.15	3.09	.002
Perfeccionismo clínico (CPQ)	0.04	0.03	0.05	1.30	.195
Regulación emocional (DERS)	0.02	0.01	0.08	1.79	.074

Nota. Paso 1: $R^2 = .03$; R^2 ajustada = .02.

Paso 2: $R^2 = .14$; R^2 ajustada = .13.

Incremento del modelo: $\Delta R^2 = .11$, $p < .001$. Variable dependiente: dermatilomanía (SPD) total. Sexo codificado como 0 = varón, 1 = mujer.

Modelo Predictivo Global Controlando Ansiedad y Depresión

Con el fin de controlar el efecto de la psicopatología internalizante, se estimó un segundo modelo jerárquico incorporando síntomas de ansiedad y depresión (Tabla 4). En el Modelo 1, edad ($\beta = 0.08$, $p = .027$) y sexo ($\beta = 0.15$, $p < .001$) fueron predictores significativos ($R^2 = .02$). En el Modelo 2, tanto la depresión ($\beta = 0.11$, $p = .013$) como la ansiedad ($\beta = 0.13$, $p = .004$) mostraron efectos significativos, incrementando la varianza explicada hasta el 4.0 % ($\Delta R^2 = .044$, $p < .001$).

Sin embargo, al introducir las variables transdiagnósticas en el Modelo 3, los efectos de ansiedad y depresión dejaron de ser significativos. En el modelo final, únicamente la reactividad sensorial ($\beta = 0.15$, $p < .001$) y la vergüenza ($\beta = 0.14$, $p = .003$) se mantuvieron como predictores significativos de dermatilomanía. El modelo completo explicó el 13% de la varianza total (R^2 ajustada = .13).



Tabla 4*Regresión jerárquica global prediciendo dermatilomanía controlando ansiedad y depresión*

Modelo / Predictor	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1					
Edad	0.10	0.05	0.08	2.22	.027
Sexo	1.56	0.36	0.15	4.38	<.001
Modelo 2					
Edad	0.11	0.04	0.08	2.48	.014
Sexo	1.19	0.36	0.11	3.33	<.001
PHQ-Depresión	0.28	0.11	0.11	2.49	.013
PHQ-Ansiedad	0.30	0.10	0.13	2.92	.004
Modelo 3					
Edad	0.10	0.04	0.08	2.31	.021
Sexo	0.78	0.35	0.07	2.22	.027
PHQ-Depresión	0.08	0.17	0.03	0.70	.486
PHQ-Ansiedad	0.02	0.11	0.01	0.18	.856
Reactividad sensorial (SOR)	0.06	0.02	0.15	4.22	<.001
Vergüenza (ESS)	0.04	0.01	0.14	2.98	.003
Perfeccionismo clínico (CPQ)	0.03	0.03	0.05	1.21	.226
Regulación emocional (DERS)	0.02	0.01	0.06	1.22	.233

Nota. Paso 1: $R^2 = .03$; R^2 ajustada = .02.Paso 2: $R^2 = .07$; R^2 ajustada = .07; $\Delta R^2 = .044$, $p < .001$.Paso 3: $R^2 = .14$; R^2 ajustada = .13; $\Delta R^2 = .067$, $p < .001$.

Variable dependiente: Dermatilomanía (SPD) total. Sexo codificado como 0 = varón, 1 = mujer.

Diferencias en Función del Sexo en el Modelo Predictivo

Modelos Sin Controlar Ansiedad y Depresión. Los análisis separados por sexo mostraron patrones diferenciales (Tablas 5 y 6). En varones, el modelo final explicó el 16% de la varianza en dermatilomanía (R^2 ajustada = .16). En este grupo, la reactividad sensorial ($\beta = 0.21$, $p = .006$) y las dificultades en regulación emocional ($\beta = 0.20$, $p = .025$) fueron predictores significativos, mientras que la vergüenza y el perfeccionismo clínico no alcanzaron significación.

En mujeres, el modelo final explicó el 10 % de la varianza (R^2 ajustada = .10). En este caso, la reactividad sensorial ($\beta = 0.15$, $p < .001$) y la vergüenza ($\beta = 0.15$, $p = .005$) emergieron como predictores significativos, mientras que el perfeccionismo clínico y la regulación emocional no resultaron significativos.

Tabla 5

Regresión jerárquica prediciendo dermatilomanía en varones (sin ansiedad ni depresión)

Predictor	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1					
Edad	0.14	0.07	0.15	2.03	.043
Modelo 2					
Edad	0.11	0.60	0.12	1.70	.091
Reactividad sensorial (SOR)	0.08	0.03	0.21	2.80	.006
Vergüenza (ESS)	0.02	0.02	0.09	0.93	.355
Perfeccionismo clínico (CPQ)	0.01	0.05	0.02	0.23	.820
Regulación emocional (DERS)	0.05	0.02	0.20	2.26	.025

Nota. Paso 1: $R^2 = .02$; R^2 ajustada = .02. Paso 2: $R^2 = .18$; R^2 ajustada = .12.

Incremento del modelo: $\Delta R^2 = .162$, $p < .001$. Variable dependiente: dermatilomanía (SPD) total.

Tabla 6

Regresión jerárquica prediciendo dermatilomanía en mujeres (sin ansiedad ni depresión)

Predictor	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1					
Edad	0.09	0.06	0.06	1.62	.106
Modelo 2					
Edad	0.10	0.05	0.07	1.82	.069
Reactividad sensorial (SOR)	0.06	0.02	0.15	3.53	< .001
Vergüenza (ESS)	0.04	0.01	0.15	2.83	.005
Perfeccionismo clínico (CPQ)	0.04	0.03	0.06	1.29	.197
Regulación emocional (DERS)	0.02	0.02	0.06	1.11	.269

Nota. Paso 1: $R^2 = .00$; R^2 ajustada = .00.

Paso 2: $R^2 = .11$; R^2 ajustada = .10.

Incremento del modelo: $\Delta R^2 = .107$, $p < .001$. Variable dependiente: dermatilomanía (SPD) total.

Modelos Controlando el Efecto de la Ansiedad y Depresión. Al controlar los síntomas de ansiedad y depresión (Tablas 7 y 8), se observó que en varones ni la ansiedad ni la depresión fueron predictores significativos en el modelo final. La reactividad sensorial ($\beta = 0.20$, $p = .008$) y las dificultades en regulación emocional ($\beta = 0.23$, $p = .025$) se mantuvieron como los únicos predictores significativos, explicando el 15 % de la varianza (R^2 ajustada = .15).

En mujeres, la ansiedad ($\beta = 0.12$, $p = .011$) y la depresión ($\beta = 0.12$, $p = .015$) fueron significativas en el segundo paso del modelo, pero perdieron significación al introducir las variables transdiagnósticas. En el modelo final, únicamente la reactividad sensorial ($\beta = 0.14$, $p < .001$) y la vergüenza ($\beta = 0.15$, $p = .007$) se mantuvieron como predictores significativos, con una varianza explicada del 10% ($R^2 = .10$).

Tabla 7

Regresión jerárquica prediciendo SPD en varones controlando ansiedad y depresión

Predictor	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1					
Edad	0.14	0.07	0.15	2.03	.043
Modelo 2					
Edad	0.11	0.07	0.12	1.68	.095
PHQ-Depresión	0.11	0.19	0.06	0.60	.547
PHQ-Ansiedad	0.27	0.18	0.15	1.50	.137
Modelo 3 - final					
Edad	0.11	0.06	0.12	1.75	.082
PHQ-Depresión	-0.09	0.19	-0.05	-0.46	.644
PHQ-Ansiedad	-0.03	0.19	-0.02	-0.17	.868
Reactividad sensorial (SOR)	0.07	0.03	0.21	2.68	.008
Vergüenza (ESS)	0.02	0.02	0.09	0.97	.335
Perfeccionismo clínico (CPQ)	0.02	0.05	0.03	0.33	.742
Regulación emocional (DERS)	0.05	0.02	0.23	2.26	.025

Nota. Paso 1: $R^2 = .02$; R^2 ajustada = .02 / Paso 2: $R^2 = .06$; R^2 ajustada = .04; $\Delta R^2 = .035$, $p = .033$ / Paso 3: $R^2 = .19$; R^2 ajustada = .15; $\Delta R^2 = .129$, $p < .001$.

Variable dependiente: dermatilomanía (SPD) total.

Tabla 8*Regresión jerárquica prediciendo SPD en mujeres controlando ansiedad y depresión*

Predictor	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Paso 1 (Modelo 1)					
Edad	0.09	0.06	0.06	1.62	.106
Paso 2 (Modelo 2)					
Edad	0.11	0.05	0.08	2.11	.035
PHQ-Depresión	0.33	0.13	0.12	2.43	.015
PHQ-Ansiedad	0.31	0.12	0.12	2.55	.011
Paso 3 (Modelo 3 - final)					
Edad	0.10	0.05	0.07	1.88	.060
PHQ-Depresión	0.12	0.14	0.05	0.90	.371
PHQ-Ansiedad	0.04	0.13	0.01	0.28	.783
Reactividad sensorial (SOR)	0.06	0.02	0.14	3.46	< .001
Vergüenza (ESS)	0.04	0.01	0.15	2.68	.007
Perfeccionismo clínico (CPQ)	0.04	0.03	0.06	1.21	.228
Regulación emocional (DERS)	0.01	0.02	0.03	0.52	.604

Nota. Paso 1: $R^2 = .01$; R^2 ajustada = .01.

Paso 2: $R^2 = .05$; R^2 ajustada = .05; $\Delta R^2 = .048$, $p < .001$.

Paso 3: $R^2 = .11$; R^2 ajustada = .10; $\Delta R^2 = .061$, $p < .001$.

Variable dependiente: dermatilomanía (SPD) total.

Discusión y Conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre diversas variables transdiagnósticas (hiperreactividad sensorial, vergüenza, perfeccionismo clínico y dificultades en la regulación emocional) y la sintomatología de dermatilomanía subclínica en adultos jóvenes, así como examinar el papel mediador de la ansiedad y la depresión y las posibles diferencias en función del sexo. En conjunto, los resultados aportan evidencia relevante sobre las variables psicológicas implicadas en la dermatilomanía y permiten detallar la importancia específica de cada variable.

En primer lugar, los análisis correlacionales mostraron que la sintomatología de dermatilomanía se asocia de forma positiva y significativa con todas las variables transdiagnósticas evaluadas. Estos hallazgos respaldan la Hipótesis 1 a nivel correlacional y

son coherentes con investigaciones previas que han señalado la implicación conjunta de factores sensoriales, emocionales y cognitivos en los trastornos de comportamiento repetitivo centrados en el cuerpo (Grant et al., 2024; Houghton et al., 2018; Schienle, 2025). Asimismo, la asociación positiva entre dermatilomanía, ansiedad y depresión coincide con la comorbilidad descrita en la literatura y con el impacto negativo del rascado compulsivo sobre el bienestar psicológico (Farhat et al., 2023; Solley & Turner, 2018).

No obstante, cuando se analizó la capacidad predictiva conjunta de las variables transdiagnósticas mediante regresión jerárquica, los resultados mostraron un patrón más específico. En el modelo global, únicamente la hiperreactividad sensorial y la vergüenza emergieron como predictores significativos de la sintomatología de dermatilomanía, mientras que el perfeccionismo clínico y las dificultades en la regulación emocional no alcanzaron significación estadística. Este modelo explicó aproximadamente el 13 % de la varianza total, lo que sugiere que, si bien estas variables son relevantes, la dermatilomanía es un fenómeno multifactorial en el que intervienen otros procesos no evaluados en este estudio.

El papel de la hiperreactividad sensorial como predictor de sintomatología de dermatilomanía resulta coherente con estudios previos que han señalado la implicación de alteraciones en el procesamiento y la modulación de estímulos sensoriales en los trastornos de comportamiento repetitivo centrados en el cuerpo (Houghton et al., 2018, 2019). En este marco, una mayor sensibilidad general a estímulos corporales potencialmente aversivos puede incrementar la atención hacia sensaciones percibidas como molestas y favorecer la urgencia por intervenir sobre la piel mediante el rascado. No obstante, los presentes resultados sugieren que la contribución de la hiperreactividad sensorial no se limita exclusivamente a la dimensión táctil, sino que refleja un patrón más amplio de sensibilidad sensorial.

La vergüenza también se mostró como un predictor significativo de la sintomatología de dermatilomanía, incluso al controlar ansiedad y depresión. Este hallazgo apoya la literatura que describe la vergüenza como una emoción central en los TOC y relacionados, incluida la dermatilomanía (Houazene et al., 2021). Esto sugiere que la vergüenza no se limita a ser consecuencia secundaria del daño cutáneo, sino que puede contribuir activamente a mantener el trastorno mediante ciclos de autocrítica, ocultación y evitación social, que a su vez intensifican el malestar y la conducta de rascado (Szentágotai et al., 2020).

En relación con la Hipótesis 2, los resultados no apoyan un papel mediador estable de la ansiedad y la depresión entre las variables transdiagnósticas y la dermatilomanía. Aunque ambos constructos mostraron asociaciones significativas con la sintomatología de rascado y predijeron parcialmente la dermatilomanía en un modelo intermedio, sus efectos desaparecieron al introducir las variables transdiagnósticas. Este patrón sugiere que la ansiedad y la depresión podrían actuar como consecuencias del malestar asociado al trastorno, más que como mecanismos explicativos. Estos resultados coinciden con investigaciones que muestran que, aunque la psicopatología internalizante es común en la dermatilomanía, factores específicos del rascado, como la hiperreactividad sensorial y la vergüenza, podrían ser más determinantes (Barber & Fitzgerald, 2025; Schienle, 2025).

Respecto a las dificultades en la regulación emocional, aunque se observaron correlaciones significativas con la dermatilomanía, su efecto predictivo no fue significativo en el modelo global. Este resultado, interpretado junto a la literatura, sugiere que la disregulación emocional se asocia especialmente con un rascado más consciente e impulsado por emociones intensas, mientras que los episodios más automáticos pueden mantenerse principalmente por refuerzos sensoriales (Barber & Fitzgerald, 2025). En una muestra subclínica y comunitaria como la del presente estudio, es posible que predominen patrones de rascado menos emocionalmente cargados, lo que reduciría el peso predictivo de esta variable.

De manera similar, el perfeccionismo clínico no emergió como predictor significativo, pese a su correlación positiva con la dermatilomanía. Este hallazgo respalda la idea de que el perfeccionismo podría desempeñar un papel secundario, más vinculado a comorbilidades como el TOC o el TDM que a la conducta de rascado en sí misma (Grant & Chamberlain, 2022; Schienle, 2025). En este sentido, el perfeccionismo podría contribuir a intensificar la insatisfacción corporal, pero no constituir un factor central en la dermatilomanía subclínica.

Los análisis separados por sexo aportan información relevante en relación con la Hipótesis 3. En los varones, la reactividad sensorial y las dificultades en la regulación emocional fueron los únicos predictores significativos de la dermatilomanía subclínica, tanto en modelos controlados como no controlados por ansiedad y depresión. En cambio, en las mujeres, la reactividad sensorial y la vergüenza se mantuvieron como predictores consistentes. Este patrón diferencial sugiere que, aunque la hiperreactividad sensorial constituye un factor común en ambos sexos, los procesos emocionales implicados podrían diferir. En mujeres, la vergüenza parece desempeñar un papel más destacado, posiblemente debido a una mayor internalización del estigma corporal y social asociado a las lesiones visibles, tal como han señalado estudios previos (Szentágotai et al., 2020). En varones, en cambio, la disregulación emocional podría tener mayor relevancia, lo que apunta a posibles diferencias en las funciones que cumple el rascado según el sexo.

Desde una perspectiva clínica, estos resultados tienen implicaciones relevantes. Subrayan la necesidad de evaluar de forma sistemática la hiperreactividad sensorial y la vergüenza en la dermatilomanía, incluso en niveles subclínicos. Asimismo, apoyan la utilidad de intervenciones que integren componentes de modulación sensorial y trabajo específico con emociones autoconscientes, junto con estrategias de regulación emocional adaptadas al paciente. En este sentido, enfoques como la terapia de aceptación y compromiso o la terapia dialéctico-conductual podrían complementar la intervención conductual tradicional.

Los resultados de este estudio apoyan un modelo transdiagnóstico de la dermatilomanía subclínica en el que la hiperreactividad sensorial y la vergüenza emergen como factores clave, por encima de la ansiedad, la depresión, el perfeccionismo y la disregulación emocional. Estos hallazgos contribuyen a una comprensión más precisa del trastorno y ofrecen orientaciones relevantes para la evaluación y la intervención clínica temprana.

Limitaciones y líneas futuras

Entre las principales limitaciones del presente estudio se encuentra su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Asimismo, la utilización exclusiva de medidas de autoinforme puede introducir sesgos asociados a la deseabilidad social o a la percepción subjetiva de los participantes. La muestra, compuesta por adultos jóvenes y reclutada mediante una encuesta online, si bien es amplia, no resulta suficiente para extrapolar los resultados a la población general, lo que limita la generalización de los hallazgos. Además, la escasez de bibliografía previa en población subclínica dificulta la comparación de los resultados y la contextualización de los hallazgos dentro del marco teórico existente.

En cuanto a las líneas futuras de investigación, sería recomendable incorporar diseños longitudinales que permitan analizar la evolución temporal de las variables estudiadas, ya sea utilizando los datos ya recogidos en el estudio ETOC en los momentos T1 y T2 o mediante la recopilación de nuevos datos. Asimismo, la inclusión de muestras clínicas contribuiría a una comprensión más profunda de los procesos implicados. Por último, futuras investigaciones podrían aprovechar las subescalas de los instrumentos empleados para realizar análisis más específicos y detallados, lo que permitiría explorar con mayor precisión los distintos componentes implicados en el fenómeno estudiado.

Referencias

- Alfahaad, H., Aldehri, M., Alsaiani, S., Asiri, F., Alfataih, M., & Alahmari, S. (2024). Exploring skin picking disorder: Aetiology, treatment, and future directions. *Advances in Dermatology and Allergology / Postępy Dermatologii i Alergologii*, 41(6), 545-551. <https://doi.org/10.5114/ada.2024.142579>
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *The British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42. <https://doi.org/10.1348/014466502163778>
- Barber, K. E., & Fitzgerald, J. M. (2025). Emotion regulation deficits in skin picking (excoriation) disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 388, 119500. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119500>
- Cavic, E., Valle, S., Chamberlain, S. R., & Grant, J. E. (2021). Sleep quality and its clinical associations in trichotillomania and skin picking disorder. *Comprehensive psychiatry*, 105, 152221. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152221>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Clinical Perfectionism Questionnaire (CPQ). *Unpublished scale*, University of Oxford, Oxford, UK.
- Falkenstein, M. J., Conelea, C. A., Garner, L. E., & Haaga, D. A. F. (2018). Sensory over-responsivity in trichotillomania (hair-pulling disorder). *Psychiatry Research*, 260, 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.034>
- Farhat, L. C., Reid, M., Bloch, M. H., & Olfson, E. (2023). Prevalence and gender distribution of excoriation (skin-picking) disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 161, 412-418. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.034>

- Fernández-Alcántara, M., Manchón, J., López-Benítez, R., Benítez-Baena, I., Cruz-Quintana, F. & De los Santos-Roig, M. (2014). Evidencias de validez de la adaptación española de la Experience of Shame Scale. *Comunicación escrita presentada en el VIII Simposio de la Asociación de Motivación y Emoción*.
<https://doi:10.13140/RG.2.2.15342.36165>
- Fernández Rodríguez, M., García Miranda, I., & Villaverde González, A. (2020). La excoriación psicógena: un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo. *Norte de Salud Mental*, 16(62), 77-83.
- Flecha Giménez, C. A. (2025). Factores psicológicos asociados a la dermatilomanía en la población juvenil de la ciudad de Caaguazú. *Revista Científica de la Facultad de Filosofía*, 22(2). <https://doi.org/10.57201/rcff.v22ad2.2>
- Grant, J. E., Redden, S. A., Leppink, E. W., Odlaug, B. L., & Chamberlain, S. R. (2016). Psychosocial dysfunction associated with skin picking disorder and trichotillomania. *Psychiatry Research*, 239, 68-71. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.004>
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2020). Prevalence of skin picking (excoriation) disorder. *Psychiatric Research*, 130, 57-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.013>
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2022). Characteristics of 262 adults with skin picking disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 117, 152338. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152338>
- Grant, J. E., Collins, M., Chamberlain, S. R., & Chesivoir, E. (2024). Disorders of impulsivity in trichotillomania and skin picking disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 170, 42-46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.12.011>
- Houazene, S., Leclerc, J. B., O'Connor, K., & Aardema, F. (2021). "Shame on you": The impact of shame in body-focused repetitive behaviors and binge eating. *Behaviour Research and Therapy*, 138, 103804. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103804>

- Houghton, D. C., Alexander, J. R., Bauer, C. C., & Woods, D. W. (2018). Abnormal perceptual sensitivity in body-focused repetitive behaviors. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.12.005>
- Houghton, D. C., Tommerdahl, M. & Woods, D. W. (2019). Increased tactile sensitivity and deficient feed-forward inhibition in pathological hair pulling and skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103433. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103433>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- LeBeau, R. T., Mischel, E. R., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Phillips, K. A., Stein, D. J. & Craske, M. G. (2013). Preliminary assessment of obsessive-compulsive spectrum disorder scales for DSM-5. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 114-118.
- Moreno-Amador, B., Cervin, M., Martínez-González, A. E., Piqueras, J. A., & OCD-Spectrum Spain Research Group (2023). Sensory Overresponsivity and Symptoms Across the Obsessive-Compulsive Spectrum: Web-Based Longitudinal Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e37847. <https://doi.org/10.2196/37847>
- Moreno-Amador, B., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Martínez-González, A. E. & Cervin, M. (2023). Measuring symptoms of obsessive- compulsive and related disorders using a single dimensional self-report scale. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 958015. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.958015>
- Navarro-Carrascal, O., Restrepo-Ochoa, D. A., Rommel, D., Ghalaret, J.-M., & Fleury-Bahi, G. (2021). Validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation

- Scale with a Spanish speaking population (DERS-S SF). *CES Psicología*, 14(2), 71-88. <https://doi.org/10.21615/cesp.5360>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11) <https://icd.who.int/browse11>
- Parsa, L., Pixley, J. N., & Fried, R. G. (2023). "Pick" wisely: An approach to diagnosis and management of pathologic skin picking. *Clinics in Dermatology*, 41(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2023.03.003>
- Schienze A. (2025). The clinical phenomenology of skin-picking disorder - Are there any obsessive-compulsive components?. *Comprehensive Psychiatry*, 138, 152575. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2025.152575>
- Solley, K., & Turner, C. (2018). Prevalence and correlates of clinically significant body-focused repetitive behaviors in a non-clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 86, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.06.014>
- Swisher, V. S., Ricketts, E. J., Peris, T. S., Jones, G., Dunning, E., Valle, S., Cavic, E., Lochner, C., Stein, D. J., Dougherty, D. D., O'Neill, J., Woods, D. W., Grant, J. E., Piacentini, J., & Keuthen, N. J. (2026). Emotion regulation, distress tolerance, and experiential avoidance in adults with Trichotillomania (hair-pulling disorder) and excoriation (skin-picking) disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 192, 169-179. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.10.037>
- Szentágotai-Táttar, A., Nechita, D. M., & Miu, A. C. (2020). Shame in Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 22(4), 16. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1142-9>

Victor, S., & Klonsky, E.D. (2016). Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) in Five Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38, 582-589.

World Health Organization, (1998). Wellbeing measures in primary health care/the deepcare project. Geneva: World Health Organization.

