



Grado en Psicología

TRABAJO FIN DE GRADO

Curso 2024/2025

Convocatoria de Junio

Modalidad: Investigación empírica

Título: Análisis de la vergüenza, perfeccionismo, desregulación emocional, evitación experiencial e hiperreactividad sensorial en adolescentes con sintomatología subclínica del trastorno dismórfico corporal

Autor: Gema Robles Molina,

Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez

En Elche, a 26 de mayo de 2025

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Método	8
Participantes	8
Instrumentos de evaluación	8
Procedimiento	9
Análisis	10
Resultados	11
Análisis descriptivos.....	11
Análisis de correlación	12
Análisis de regresión.....	14
Discusión y conclusiones	17
Referencias	20

Resumen

El trastorno dismórfico corporal (TDC) suele presentar sus primeros síntomas durante la adolescencia, afectando significativamente al funcionamiento global de los jóvenes y provocando un gran malestar psicológico. La literatura científica identifica como variables relevantes en el desarrollo del TDC la vergüenza, el perfeccionismo, la desregulación emocional, la evitación experiencial y la hiperreactividad sensorial. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar la influencia de estas variables en una muestra de adolescentes con sintomatología subclínica de TDC, así como explorar posibles diferencias en función del género. Se plantea la hipótesis de que todas las variables analizadas mostrarán influencia en la sintomatología del TDC, previéndose diferencias en la desregulación emocional en función del género, siendo mayor en hombres. La muestra está compuesta por 452 adolescentes de entre 14 y 18 años, de los cuales el 64.4% se identificó con el género femenino y el 35.6% con el masculino. Se realizaron análisis descriptivos, correlacionales y de regresión. Los resultados señalan la vergüenza corporal como la variable más asociada al TDC en ambos grupos. Además, en hombres destaca el papel de la vergüenza personal, la vergüenza conductual y la desregulación emocional, mientras que en mujeres el de la evitación experiencial. Estos hallazgos subrayan la necesidad de diseñar intervenciones preventivas más personalizadas que tengan en cuenta la perspectiva de género.

Palabras clave: trastorno dismórfico corporal, adolescentes, vergüenza, desregulación emocional, evitación experiencial

Introducción

El trastorno dismórfico corporal (TDC), anteriormente denominado dismorfofobia, es un trastorno que se encuentra en el DSM-5 dentro del “Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados” y se caracteriza por una preocupación excesiva por la percepción de uno o más defectos físicos en la propia apariencia física. A pesar de que estos defectos suelen ser imperceptibles o poco observables para los demás, la persona que padece TDC manifiesta preocupaciones no deseadas y difíciles de controlar respecto a ellos de forma continua (APA, 2013).

Como consecuencia del malestar producido por estas preocupaciones, la persona suele llevar a cabo comportamientos o actos mentales repetitivos a modo de respuesta para comprobar, arreglar o esconder dichas imperfecciones como, por ejemplo, comparar la apariencia de sí mismo con la de los demás, mirarse excesivamente en el espejo, realizarse tratamientos cosméticos, etc. (Greenberg & Weingarden, 2024).

Cualquier parte del cuerpo puede ser objeto de preocupación en el TDC. Las personas con dicho trastorno frecuentemente se preocupan por distintas partes del cuerpo a la vez, y a veces sobre aspectos relacionados con la proporción y la simetría (Greenberg & Weingarden, 2024). Normalmente, los hombres se suelen preocupar más por la pérdida de pelo y por tener un cuerpo demasiado pequeño, y las mujeres por el pecho, las caderas, el vello corporal excesivo y las imperfecciones en la piel (Phillips et al., 2006).

El TDC presenta un curso crónico y continuo (APA, 2013) y su etiología es multifactorial, influyendo factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Loewen et al., 2024).

En una revisión sistemática realizada por Minty y Minty (2021), se estimó que el rango de prevalencia en población general oscilaba entre el 0.5-3.2%. Sin embargo, un estudio realizado con población española mostró una prevalencia del 15.2% (Loewen et al., 2024). Por otro lado, según un estudio realizado por Krebs et al. (2025) en Inglaterra con población infanto-juvenil, aunque el TDC era muy infrecuente en niños de 5-11 años (prevalencia del 0.1%), era bastante más común entre adolescentes de 12-19 años (1.9%). Además, se encontraron diferencias en función del sexo, siendo las adolescentes chicas las que mayor TDC presentaban (3.4%), frente a los chicos (0.4%).

Asimismo, un estudio realizado por Rautio et al. (2022) con niños y adolescentes, expone que la edad media de inicio de los síntomas se encuentra alrededor de los 13 años, aunque ésta oscila en un rango dentro de los 4-17 años. Esto indica que, aunque el TDC normalmente es un trastorno que empieza en la adolescencia, el inicio prepuberal también es

posible. El hecho de que el TDC suela aparecer durante la adolescencia no es algo sorprendente, ya que este periodo del desarrollo está relacionado con un aumento de la autoconsciencia, un aumento de la sensibilidad a las normas sociales, un incremento de la influencia de los pares y significativos cambios corporales (Rapee et al., 2019).

Cabe destacar la importancia del TDC en esta etapa, ya que siguiendo con el estudio de Rautio et al. (2022), cerca del 60% de los jóvenes con TDC presentó ideación suicida, el 11% ya había cometido un intento de suicidio y la mitad reportó haber tenido o tener comportamientos autolesivos. Además, se encontró que el TDC influía significativamente en la funcionalidad global y el desempeño social y académico de los adolescentes, como se manifestó en el hecho de que un tercio de los participantes del estudio ya habían abandonado la escuela.

Todo esto, resalta la importancia de detectar y tratar el TDC desde la juventud, antes de que los síntomas se conviertan en crónicos y aparezcan complicaciones secundarias (Greenberg & Weingarden, 2024). Para ello, desde un punto de vista preventivo, conocer qué papel juegan distintas variables en la aparición y el mantenimiento del trastorno, puede resultar útil para la detección precoz y la intervención temprana en población infanto-juvenil que presente sintomatología subclínica. Según la literatura científica revisada, algunas de las variables que han demostrado tener influencia en la sintomatología del TDC son la vergüenza, el perfeccionismo, la desregulación emocional, la evitación experiencial y la hiperreactividad sensorial.

La vergüenza se considera una de las características principales del TDC desde las primeras descripciones del trastorno (APA, 2013). Es una emoción que está asociada con la creencia de que la persona presenta características que los otros encontrarán como indeseables o poco atractivas (Gilbert, 2000). En una revisión llevada a cabo por Szentágotai-Tătar et al. (2020) se encontraron múltiples estudios que relacionaban la vergüenza con el TDC. En uno de estos estudios, se halló que el grupo de participantes con TDC presentaba niveles significativamente mayores de vergüenza relacionada con el cuerpo que los demás grupos (Clerkin et al., 2014). Por otro lado, también se ha visto que la vergüenza está asociada con un mayor riesgo de suicidio, deterioro funcional y depresión en personas con TDC (Weingarden et al., 2016).

El perfeccionismo puede ser definido como la propensión a fijar altos estándares junto con la tendencia a hacer evaluaciones muy críticas de uno mismo en caso de que no se cumpla, o se perciba que no se cumple, con dichos estándares (Frost et al., 1990). Las personas con altos niveles de perfeccionismo suelen prestar más atención a los pequeños defectos o imperfecciones (Wilhelm, 2006). Asimismo, son más propensos a pensar que otras

personas les están juzgando debido a ellos, lo que podría incrementar su riesgo de desarrollar TDC (Bartsch, 2007). En una muestra de estudiantes universitarios, el perfeccionismo y la atención selectiva predijeron las preocupaciones dismórficas (Johnson et al., 2020). Del mismo modo, el perfeccionismo auto-orientado predijo el TDC en una muestra de adolescentes (Krebs et al., 2019). Sin embargo, en un estudio llevado a cabo en Australia con adultos, se halló que el perfeccionismo social, pero no el auto-orientado, estaba relacionado con la severidad de las preocupaciones dismórficas (Toh et al., 2022). Por otra parte, en un estudio realizado con mujeres adultas, se encontró que el perfeccionismo y la tendencia a ocultar y evitar manifestaciones conductuales de imperfección predijeron significativamente el TDC (Borroni et al., 2022).

La desregulación emocional se entiende como la incapacidad de identificar, entender y aceptar las experiencias emocionales, controlar los comportamientos impulsivos cuando se está estresado y modular las respuestas emocionales acordes a la situación (Gratz & Roemer, 2004). Se cree que los comportamientos evitativos asociados al TDC pueden ser estrategias desadaptativas de regulación, utilizadas para reducir los estados emocionales negativos provenientes de la preocupación por la apariencia (Veale & Neziroglu, 2010). Concretamente, en un estudio realizado con hombres, se encontró relación entre la desregulación emocional y las preocupaciones dismórficas. Los hombres parecen ser más vulnerables a experimentar dificultades en la regulación emocional, especialmente aquellos que están más adheridos a las normas tradicionales de género (Cunningham et al., 2018). Por otra parte, en un estudio realizado por Zadeh et al. (2023), se encontró que los individuos con TDC presentaron dificultades en regular sus emociones, caracterizándose por el uso de estrategias de regulación desadaptativas, como la supresión.

La evitación experiencial se define como la incapacidad de la persona para tolerar pensamientos, emociones y/o sensaciones físicas desagradables, lo que conlleva que realice comportamientos desadaptativos para regular el estrés causado por este malestar (Angelakis & Pseftogianni, 2021; Eifert & Forsyth, 2005). En una revisión sistemática realizada por Angelakis y Pseftogianni (2021) se encontró que existía una relación de media a grande entre el TDC y la evitación experiencial, aunque se demostró que aquellos estudios que utilizaron el AAQ-II para medir la evitación experiencial y escalas de síntomas autorreportados para medir los TOCRs mostraron menores tamaños del efecto.

Por último, la hiperreactividad sensorial se describe como una reacción negativa, desproporcionada, prolongada e intensa producida por la estimulación sensorial de las sensaciones táctil, visual, auditiva, gustativa u olfativa, que produce un deterioro funcional (Rogers & Luby, 2011). En un estudio realizado por Moreno-Amador et al. (2023), la

hiperreactividad sensorial se relacionó con todos los síntomas del espectro obsesivo-compulsivo, por lo que se le consideró como un factor transdiagnóstico relacionado con todas las formas de los síntomas de éste, incluyendo del TDC.

Como se puede observar, existen múltiples estudios que relacionan estas variables con la sintomatología del TDC, pero no se ha encontrado ninguno que analice la influencia de todas ellas en un mismo modelo y en población adolescente con sintomatología subclínica.

Por ello, este trabajo plantea como objetivo general analizar el papel de las variables de vergüenza, perfeccionismo, desregulación emocional, evitación experiencial e hiperreactividad sensorial en una muestra de adolescentes con sintomatología subclínica del TDC. Como objetivo específico, se pretende analizar si existen diferencias en el papel que juegan estas variables en la sintomatología del TDC en función del género.

La hipótesis que se plantea es que todas las variables analizadas tendrán influencia en la sintomatología del TDC, de forma similar o equivalente a lo encontrado en los diferentes estudios científicos mencionados anteriormente. Más concretamente, se espera encontrar diferencias en la variable de desregulación emocional en función del género, teniendo ésta más influencia en el género masculino que femenino.



Método

Participantes

La muestra del estudio está formada por 452 adolescentes, de los cuales el 64.4% reportaron ser del género femenino ($n = 289$) y el 35.6% del masculino ($n = 155$). El rango de edad oscila entre los 14 y 18 años, con una media de 16.46 años en las mujeres ($DT = 1.45$) y una media de 15.88 en los hombres ($DT = 1.32$). Al realizarse posteriormente los análisis en función del género, se eliminaron de la muestra aquellos sujetos que no se identificaron con el género masculino o femenino.

Instrumentos de evaluación

Escalas Dimensionales Obsesivo-Compulsivas (LeBeau et al., 2013; adaptación española de Moreno-Amador et al., 2023). En este trabajo se utilizan los datos obtenidos de la subescala dimensional que mide la sintomatología del trastorno dismórfico corporal dentro de este instrumento. Esta subescala incluye 5 ítems que miden la gravedad de los síntomas del TDC mediante la evaluación de 5 características que reflejan la severidad del trastorno: frecuencia, malestar, control, evitación e interferencia. Los ítems cuentan con una escala de respuesta tipo Likert que va de 0 a 4 en la que, para los ítems 1, 2, 3 y 5, 0 = Nada y 4 = Muchísimo, y para el ítem 4, 1 = Nunca y 4 = Siempre. La puntuación total de la subescala puede ir de 0 a 20, donde a mayor puntuación, mayor severidad de los síntomas. Por otro lado, esta adaptación española de la escala posee para la subescala del TDC un α de Cronbach = .95 y una fiabilidad test-retest = .63.

Experience of Shame (ESS; Andrews et al., 2002; adaptación española de Fernández-Alcántara et al., 2014). Se compone de 25 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que va de 1 a 4, donde 1 = Nada y 4 = Mucho. La puntuación total de la escala puede oscilar entre 25 y 100, donde a mayor puntuación mayor vergüenza. Consta de 3 factores: vergüenza conductual, vergüenza personal y vergüenza corporal. La adaptación española de la escala presenta un α de Cronbach = .91.

Clinical Perfectionism Questionnaire (CPQ; Fairburn et al., 2003). Esta escala mide el perfeccionismo clínico a través de 12 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, donde 1 = Nunca y 4 = Todo el tiempo. La puntuación total oscila entre 12 y 48, donde a mayor puntuación, mayor perfeccionismo. Además, cuenta con un α de Cronbach = .71 (Egan et al., 2016).

Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18; Victor y Klonsky, 2016, adaptación española de Navarro-Carrascal et al., 2021). Se compone de 18 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 1 = Casi Nunca y 5 = Casi siempre.

Consta de 6 factores relacionados con el proceso de regulación emocional: Estrategias, No aceptación, Impulso, Objetivos, Conciencia y Claridad. La adaptación española de la escala posee un α de Cronbach = .83.

Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II; Bond et al., 2011; adaptación española de Ruiz et al., 2013). Este cuestionario está compuesto por 7 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos, donde 1 = Nunca es verdad y 7 = Siempre es verdad. La puntuación total oscila entre 7 y 49, presentando a mayor puntuación, mayor evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. La adaptación española de la escala presenta un α de Cronbach = .88.

The SOR scales (Falkenstein, 2018; adaptación española de Moreno-Amador et al., 2023). Esta escala mide la hiperreactividad de los cinco sentidos, por lo que está compuesta por 5 subescalas diferentes: olfato, vista, gusto, tacto y oído. Cada una de estas subescalas contiene 4 ítems, contando la escala global con un total de 20 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que va de 0 a 4. La puntuación total oscila entre 0 y 80, y entre 0 a 16 en cada subescala, donde a mayor puntuación, mayor hiperreactividad. La adaptación española presenta un α de Cronbach que va entre .86 y .91 para cada una de las subescalas y una fiabilidad test-retest = .75.

Procedimiento

El estudio mayor del que se extrae la submuestra utilizada en este trabajo consistió en el pase de tres encuestas online realizadas a lo largo de un período de 18 meses. Los datos que se utilizan en este trabajo corresponden a los obtenidos en la primera encuesta, llevada a cabo entre octubre de 2020 y octubre de 2021. La muestra total fue de 1454 participantes de entre 14 y 64 años ($M = 23.84$, $DT = 8.46$), de los cuales en este trabajo solo se utilizan los que corresponden al rango de edad de entre 14 y 18 años ($n = 452$).

Los participantes fueron reclutados mediante anuncios en redes sociales, anuncios en organizaciones relacionadas con la salud mental (especialmente aquellas centradas en el TOC y trastornos relacionados) y a través de centros de educación secundaria.

Los participantes completaron la encuesta después de haber leído y aceptado el consentimiento informado. Ésta se realizó a través de una herramienta online llamada LimeSurvey y el tiempo de aplicación fue de unos 30 minutos aproximadamente.

Por otro lado, antes de comenzar con la realización de este trabajo se solicitó la autorización de la Oficina de Investigación Responsable de la UMH (código TFG.GPS.JAPR.GRM.250327). Una vez aprobado el trabajo, se analizaron los datos de los participantes de entre 14 y 18 años que correspondían a las variables de vergüenza,

perfeccionismo, desregulación emocional, evitación experiencial, hiperreactividad sensorial y sintomatología del trastorno dismórfico corporal, medidas con los instrumentos anteriormente mencionados.

Análisis

Los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS versión 29. En primer lugar, se realizaron los análisis descriptivos de las distintas variables. Al comprobar que existía bastante diferencia entre los resultados de la muestra de hombres y de mujeres, se realizó la prueba T de Student para analizar estas diferencias. Seguidamente, se realizó un análisis de correlación de las variables estudiadas y se llevó a cabo un análisis de regresión, en el que se seleccionó a la sintomatología del TDC como variable dependiente. Por otro lado, se calcularon las correlaciones semiparciales y se elevaron al cuadrado para obtener el aporte específico de cada predictora (sr^2). Tanto en la muestra de los hombres como de las mujeres, la variable que presenta mayor aporte específico es la vergüenza corporal. Los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95%.



Resultados

Análisis descriptivos

En primer lugar, se llevaron a cabo los análisis descriptivos de la muestra. Como se puede observar en la Tabla 1, de forma general, las mujeres obtienen puntuaciones más altas en todas las variables, incluida la variable TDC. Al encontrar diferencias entre las medias de hombres y mujeres en todas las variables se decidió hacer la prueba T de Student para comprobar si había diferencias significativas entre los dos grupos.

La prueba de Levene puntuó $p < .05$ para todas las variables, lo que refleja heterocedasticidad, es decir, que las medias entre los grupos son diferentes. Por ello, se asumió que las varianzas no eran iguales, encontrando diferencias significativas entre los grupos para todas las variables, con un efecto del tamaño grande (Tabla 1).

Tabla 1

Medias, desviaciones típicas y prueba T de Student

Variable	Hombres		Mujeres		T de Student	
	M	DT	M	DT	t	d
TDC	3.26	4.13	8.69	6.13	-11.39*	5.46
Vergüenza corporal	6.43	2.83	10.90	3.54	-14.60*	3.31
Vergüenza personal	19.04	7.28	26.21	9.15	-9.02*	8.50
Vergüenza conductual	16.05	5.48	23.43	7.18	-12.07*	6.63
Perfeccionismo	10.28	6.08	17.45	7.18	-10.99*	6.80
Desregulación emocional	38.34	11.45	48.25	14.64	-7.88*	13.55
Evitación experiencial	15.94	9.42	27.17	11.00	-11.32*	10.41
Hiperreactividad sensorial	8.61	9.15	15.11	11.39	-6.56*	10.54

* $p < .05$

Después de hallar estas diferencias en las puntuaciones entre los grupos, se realizó el resto de los análisis separando a la muestra en dos grupos independientes (hombres y mujeres).

Análisis de correlación

A partir de estos análisis, se añadió la variable de edad como una variable de control de calidad, ya que, al tratarse de una muestra con un rango de edad muy restringido, se buscó asegurar que no había diferencias en los resultados en función de la misma.

En la Tabla 2 se muestran los coeficientes de correlación de las variables en la muestra de hombres. La variable criterio (TDC) correlaciona de forma positiva con todas las variables explicativas. Las correlaciones más altas se dan con las variables de vergüenza corporal y vergüenza personal. Asimismo, se observa una asociación fuerte entre la variable TDC y las variables: evitación experiencial, vergüenza conductual, desregulación emocional e hiperreactividad sensorial; una correlación moderada con el perfeccionismo y una pequeña con la edad.

Tabla 2

Coeficientes de correlación en la muestra de hombres

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. TDC	—								
2. Vergüenza corporal	.73*	—							
3. Vergüenza personal	.69*	.74*	—						
4. Vergüenza conductual	.54*	.66*	.82*	—					
5. Perfeccionismo	.44*	.49*	.63*	.66*	—				
6. Desregulación emocional	.53*	.53*	.53*	.50*	.45*	—			
7. Evitación experiencial	.56*	.66*	.68*	.65*	.58*	.75*	—		
8. Hiperreactividad sensorial	.51*	.49*	.61*	.63*	.46*	.54*	.57*	—	
9. Edad	.18*	.14*	.21*	.16*	.19*	.20*	.19*	.05	—

* $p < .05$

Por otro lado, se observan altas correlaciones entre las variables predictoras. Específicamente, se encuentran correlaciones $> .70$ entre las variables vergüenza personal - vergüenza corporal, vergüenza conductual - vergüenza personal, y evitación experiencial - desregulación emocional, lo que podría reflejar multicolinealidad entre ellas.

Asimismo, la variable de edad presenta correlaciones pequeñas con todas las demás variables, siendo incluso esta correlación no significativa con la variable de hiperreactividad sensorial.

Por otra parte, en cuanto a la correlación de las variables en la muestra de mujeres (Tabla 3), la variable TDC vuelve a correlacionar de forma positiva con todas las demás

variables explicativas. Del mismo modo, la vergüenza corporal es la variable que más se relaciona con la variable TDC. Seguidamente, las variables con las que más se relaciona son la vergüenza personal, la evitación experiencial, la vergüenza conductual, el perfeccionismo y la desregulación emocional. Asimismo, correlaciona de forma moderada con la hiperreactividad sensorial y pequeña con la edad.

Tabla 3

Coefficientes de correlación en la muestra de mujeres

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. TDC	—								
2. Vergüenza corporal	.77*	—							
3. Vergüenza personal	.63*	.64*	—						
4. Vergüenza conductual	.56*	.60*	.80*	—					
5. Perfeccionismo	.55*	.55*	.60*	.60*	—				
6. Desregulación emocional	.53*	.52*	.62*	.58*	.46*	—			
7. Evitación experiencial	.62*	.57*	.69*	.64*	.56*	.75*	—		
8. Hiperreactividad sensorial	.41*	.38*	.45*	.43*	.39*	.45*	.43*	—	
9. Edad	.04	.06	.14*	.18*	.23*	.07	.09	.02	—

* $p < .05$

En este caso, se vuelven a dar altas correlaciones entre las variables predictoras, puntuando $> .75$ las asociaciones entre vergüenza conductual – vergüenza personal y evitación experiencial – desregulación emocional.

En cuanto a la variable de la edad, al igual que en la muestra de hombres, presenta correlaciones pequeñas con todas las demás variables, siendo no significativas estas correlaciones en la variable TDC, vergüenza personal, desregulación emocional, evitación experiencial e hiperreactividad sensorial.

Debido a las altas correlaciones entre las variables explicativas encontradas en las dos muestras, se decidió realizar una prueba de multicolinealidad. Para ello, se calcularon los siguientes parámetros para cada uno de los grupos: el valor de inflación de la varianza (VIF) y la tolerancia. En ambos casos, tanto en la muestra de hombres como de mujeres, los datos reflejaron ausencia de multicolinealidad, como se observa en la Tabla 4.

Tabla 4*Prueba de Multicolinealidad*

Variables	Hombres		Mujeres	
	VIF	Tolerancia	VIF	Tolerancia
Vergüenza corporal	2.55	.39	1.97	.50
Vergüenza personal	4.46	.22	3.66	.27
Vergüenza conductual	3.80	.26	3.17	.31
Perfeccionismo	1.99	.50	1.93	.51
Desregulación emocional	2.44	.40	2.56	.39
Evitación experiencial	3.40	.29	3.07	.32
Hiperreactividad sensorial	1.96	.50	1.38	.72
Edad	1.08	.91	1.08	.92

Análisis de regresión

El método de estimación utilizado es el de regresión lineal múltiple. El modelo se construyó a partir del método jerárquico, considerando a la variable TDC como la variable criterio y a las demás como variables predictoras. Se realizaron seis modelos, en cada uno de los cuales se fueron añadiendo progresivamente variables. El primero de ellos, contaba solo con la variable de edad. Después, se añadió la variable de hiperreactividad sensorial. A continuación, se añadió la variable de desregulación emocional. Al cuarto modelo, se le sumó la variable de perfeccionismo y al quinto, la evitación experiencial. Por último, el modelo final contaba con todas las variables anteriores junto con la vergüenza corporal, vergüenza personal y vergüenza conductual.

El modelo final es el que más varianza explica de la variable TDC tanto en hombres como en mujeres. Como se observa en la Tabla 5, en la muestra de hombres el modelo explica un 60% de la variable TDC (frente a un 37% que explicaba el modelo anterior). Por otro lado, en cuanto a las mujeres, este modelo explica un 64% de la variable TDC (en contraposición al 45% que explicaba el quinto modelo).

Tabla 5*Modelo final de regresión lineal para la variable TDC*

	R	R²	R² corregida	F	p
Hombres	.78	.62	.60	30.06	< .001
Mujeres	.81	.65	.64	66.69	< .001

Como se puede observar en la Tabla 6, en la muestra de hombres, solo las variables de vergüenza corporal, vergüenza personal, vergüenza conductual y desregulación emocional obtienen puntuaciones significativas en el modelo. Asimismo, en la muestra de mujeres, únicamente puntúan significativamente las variables de vergüenza corporal y evitación experiencial.

Del mismo modo, la variable que mayor peso tiene en ambos modelos es la vergüenza corporal. Seguida de la vergüenza personal, la vergüenza conductual y la desregulación emocional en el caso de los hombres, y de la evitación experiencial en el caso de las mujeres.

Cabe destacar que, la vergüenza conductual correlaciona de forma negativa con la variable criterio, contrariamente a lo que se esperaría del modelo. Esto puede deberse a la alta correlación que existe entre las variables predictoras o a posibles fallos cometidos durante la construcción del modelo.

Por otro lado, se calcularon las correlaciones semiparciales y se elevaron al cuadrado para obtener el aporte específico de cada predictora. Tanto en la muestra de los hombres como de las mujeres, la variable que presenta mayor aporte específico es la vergüenza corporal.

Posteriormente, se sumaron los aportes específicos de las variables predictoras para cada uno de los dos grupos, obteniéndose el valor de .16 en la muestra de hombres y .18 en la de mujeres, lo que refleja redundancia entre las explicaciones de algunas variables, ya que son menores que el coeficiente de determinación.

Tabla 6

Coefficientes del modelo final para la variable TDC

	Predictoras	B	ES	β	t	p	sr ²
Hombres	Constante	-7.08	2.62		-2.70	.01	
	Vergüenza corporal	0.72	0.12	0.50	6.09	<.001	.10
	Vergüenza personal	0.22	0.06	0.38	3.52	<.001	.03
	Vergüenza conductual	-0.15	0.08	-0.20	-2.06	.04	.01
	Perfeccionismo	0.01	0.05	0.01	0.16	.88	.00
	Desregulación emocional	0.06	0.03	0.18	2.25	.03	.01
	Evitación experiencial	-0.05	0.04	-0.11	-1.18	.24	.01
	Hiperreactividad sensorial	0.06	0.03	0.12	1.71	.09	.01
	Edad	0.12	0.17	0.04	0.70	.49	.01
	Constante	-4.97	2.57		-1.94	.05	
Mujeres	Vergüenza corporal	0.95	0.09	0.55	11.12	<.001	.15
	Vergüenza personal	0.08	0.05	0.12	1.73	.08	.01
	Vergüenza conductual	-0.04	0.05	-0.05	-0.79	.43	.00
	Perfeccionismo	0.07	0.04	0.08	1.72	.09	.01
	Desregulación emocional	0.01	0.02	0.01	0.01	.99	.00
	Evitación experiencial	0.11	0.03	0.19	3.09	.002	.01
	Hiperreactividad sensorial	0.03	0.02	0.06	1.45	.15	.01
	Edad	-0.14	0.15	-0.03	-0.93	.35	.01

Discusión y conclusiones

Este trabajo se ha centrado en el cumplimiento del objetivo inicial planteado de analizar el papel de las variables de vergüenza, perfeccionismo, desregulación emocional, evitación experiencial e hiperreactividad sensorial en una muestra de adolescentes con sintomatología subclínica del TDC. Y, específicamente, de analizar si existen diferencias en el papel que juegan estas variables en función del género.

En cuanto a las hipótesis planteadas inicialmente: 1) todas las variables analizadas tendrán influencia en la sintomatología del TDC, de forma similar o equivalente a lo encontrado en la literatura científica y 2) se encontrarán diferencias en la variable de desregulación emocional en función del género, teniendo ésta más influencia en el género masculino que femenino. Cabe concluir que se han cumplido parcialmente, como se expone a continuación.

La vergüenza ha sido la variable que más se ha correlacionado con el TDC y que mayor peso ha tenido en la explicación del mismo, tanto en la muestra de hombres como de mujeres, lo que coincide con la revisión llevada a cabo por Szentágotai-Tátar et al. (2020) en la que múltiples estudios relacionaban la vergüenza con el TDC. Concretamente, en este trabajo, la vergüenza corporal ha sido la que más se ha relacionado con la sintomatología del TDC en las dos muestras, lo que también entra en consonancia con el estudio realizado por Clerkin et al. (2014) en la que los participantes con TDC presentaban niveles significativamente altos de vergüenza relacionada con el cuerpo. Por otra parte, aunque tanto la vergüenza personal como la conductual se correlacionaban positivamente con el TDC en la muestra de hombres y mujeres, únicamente obtienen una puntuación significativa en el modelo de la muestra del género masculino.

En cuanto al perfeccionismo, se relaciona de forma moderada con el TDC tanto en la muestra de hombres como de mujeres. Aun así, no obtiene una puntuación significativa en el modelo de explicación de la sintomatología del TDC en ninguna de las dos muestras, lo que no coincidiría con el estudio de Johnson et al. (2020), en el que el perfeccionismo predijo las preocupaciones dismórficas.

Del mismo modo, la desregulación emocional se ha correlacionado de forma moderada con el TDC tanto en la muestra de hombres como de mujeres. Sin embargo, únicamente obtiene una puntuación significativa en el modelo de explicación de la sintomatología del TDC de los hombres, pero no en el de las mujeres. Esto concuerda con el estudio realizado por Cunningham et al. (2018) en el que se encontró relación entre la desregulación emocional y las preocupaciones dismórficas en una muestra de hombres.

Por otro lado, la evitación experiencial presenta una correlación fuerte con el TDC tanto en hombres como en mujeres, lo que coincidiría con la revisión sistemática realizada por Angelakis y Pseftogianni (2021), en la que se encontró que existía una relación de media a grande entre el TDC y la evitación experiencial. No obstante, solo obtiene un peso significativo en el modelo de explicación del TDC de la muestra de mujeres, pero no en la de hombres. Esto podría deberse a que el cuestionario utilizado para medir la evitación experiencial, el AAQ-II, mide también la inflexibilidad psicológica, que es un componente cognitivo muy relacionado con el perfeccionismo. Esto podría coincidir con el estudio realizado por Borroni et al. (2022), en el que, en una muestra de mujeres, el perfeccionismo y la tendencia a ocultar y evitar manifestaciones conductuales de imperfección predijeron significativamente el TDC.

Por último, la hiperreactividad sensorial se relacionó moderadamente con el TDC, lo que concordaría con el estudio realizado por Moreno-Amador et al. (2023) en el que la hiperreactividad sensorial se relacionó con todos los síntomas del espectro obsesivo-compulsivo. En cambio, no obtuvo puntuaciones significativas en el modelo de explicación del TDC ni en hombres ni en mujeres.

En conclusión, se podría decir que sí que se han encontrado diferencias en el papel de las variables estudiadas en función del género. A pesar de que la vergüenza corporal corresponde una variable central tanto en mujeres como en hombres (lo que era esperable teniendo en cuenta que es un síntoma nuclear del trastorno), en los hombres parecen tener más peso la vergüenza en general y la dificultad para regular las emociones, mientras que en las mujeres parecen coger más peso los componentes cognitivos, tales como la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica.

Estas diferencias entre hombres y mujeres pueden ser importantes a la hora de comprender las variables que intervienen en mayor medida en el desarrollo de la sintomatología subclínica del TDC en cada uno de los grupos. A su vez, resulta interesante tener en cuenta las diferencias existentes entre ambos grupos para la detección e intervención eficaz de estos síntomas, para lo que quizás sería necesario tener en cuenta una perspectiva de género, ya que los hombres y mujeres pueden no presentar las mismas dificultades psicológicas a la hora de desarrollar sintomatología dismórfica.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, en primer lugar, cabe destacar el riesgo de multicolinealidad que presentaban las variables estudiadas, lo que ha podido contribuir a construir un modelo inestable y con errores en la predicción. Aunque se descartó la presencia de ésta desde el punto de vista estadístico, sería interesante probar a construir otros modelos alternativos, eliminando algunas variables que se hayan mostrado demasiado redundantes dentro del modelo de este trabajo.

Asimismo, es posible, que no se hayan tenido en cuenta en el modelo otras variables que puedan ser también relevantes a la hora de predecir y explicar el TDC. Debido a la gran cantidad de variables relacionadas con este trastorno que se encuentran en la literatura científica, es complicado escoger cuáles son las más importantes. En consecuencia, sería interesante añadir a las variables que han sido significativas en este modelo, otras que según la literatura científica sean también relevantes en el TDC; eliminando a su vez algunas de las que se han presentado en este trabajo como, por ejemplo, la hiperreactividad sensorial, que no ha conseguido tener peso en el modelo explicativo ni de los hombres ni de las mujeres.

Por otro lado, el hecho de que los cuestionarios utilizados para recoger las medidas hayan sido autorreportados puede haber contribuido a que haya tenido lugar una sobreestimación de síntomas de TDC en la muestra, teniendo en cuenta en el modelo a sujetos que en realidad no presentan sintomatología subclínica.

Aun así, este trabajo constituye una base preliminar que puede apuntar la dirección de futuras investigaciones en el estudio de las variables implicadas en la sintomatología del TDC, poniendo el foco en las posibles diferencias existentes en el desarrollo de este trastorno con una perspectiva de género.



Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- 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>
- Angelakis, I., & Pseftogianni, F. (2021). Association between obsessive-compulsive and related disorders and experiential avoidance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 228-239. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.062>
- Bartsch, D. (2007). Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. *Clinical Psychologist*, 11(1), 16-23. <https://doi.org/10.1080/13284200601178532>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borroni, S., Ruotolo, G., Grazioli, V., & Fossati, A. (2022). Perfectionistic self-presentation and body dysmorphic features in a sample of community-dwelling adult women. *Journal of Psychopathology*, 28(3), 135-141. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-473>.
- Clerkin, E. M., Teachman, B. A., Smith, A. R., & Buhlmann, U. (2014). Specificity of implicit-shame associations: Comparison across body dysmorphic, obsessive-compulsive, and social anxiety disorders. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 560-575. <https://doi.org/10.1177/2167702614524944>
- Cunningham, M. L., Griffiths, S., Baillie, A., & Murray, S. B. (2018). Emotion dysregulation moderates the link between perfectionism and dysmorphic appearance concern. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(1), 59. <https://doi.org/10.1037/men0000082>
- Egan, S. J., Shafran, R., Lee, M., Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., ... & Watson, H. J. (2016). The reliability and validity of the clinical perfectionism questionnaire in eating disorder and community samples. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(1), 79-91. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000629>

- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New Harbinger Publications.
- 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>
- Fernández-Alcántara, M., Manchón, J., López-Benítez, R., Benitez Baena, I., Cruz-Quintana, F., & De los Santos Roig, M. (2014). Evidencias de Validez de la adaptación española de la Experience of Shame Scale. En *VIII Simposio de la Asociación Española de Motivación y Emoción, Ed* (Vol. 26).
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 7(3), 174-189. [https://doi.org/10.1002/1099-0879\(200007\)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U)
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Greenberg, J. L., & Weingarden, H. (2024). *Optimizing Evidence-Based Treatment for Body Dysmorphic Disorder*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-65339-1>
- Johnson, S., Williamson, P., & Wade, T. D. (2020). Perfectionism and selective attention predict dysmorphic concern in an Australian university population. *Australian Psychologist*, 55(2), 143-155. <https://doi.org/10.1111/ap.12423>
- Krebs, G., Clark, B. R., Ford, T. J., & Stringaris, A. (2025). Epidemiology of body dysmorphic disorder and appearance preoccupation in youth: prevalence, comorbidity and psychosocial impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 64(1), 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.01.017>

- Krebs, G., Quinn, R., & Jassi, A. (2019). Is perfectionism a risk factor for adolescent body dysmorphic symptoms? Evidence for a prospective association. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100445. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100445>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.01.005>
- Loewen, Á., Blasco-Fontecilla, H., Li, C., Bella-Fernández, M., & Ruiz-Antorán, B. (2024). Prevalence of body dysmorphic disorder in the Spanish population: Cross-sectional web-based questionnaire study. *JMIR Formative Research*, 8, e46515. <https://doi.org/10.2196/46515>
- Minty, A., & Minty, G. (2021). The prevalence of body dysmorphic disorder in the community: a systematic review. *Global Psychiatry Archives*, 4(2), 130-154. <https://doi.org/10.52095/gp.2021.8113>
- 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., 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>

- Phillips, K. A., Didie, E. R., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2006). Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Research*, 141(3), 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.09.014>
- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 123, 103501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103501>
- Rautio, D., Jassi, A., Krebs, G., Andrén, P., Monzani, B., Gumpert, M., ... & Mataix-Cols, D. (2022). Clinical characteristics of 172 children and adolescents with body dysmorphic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01677-3>
- Rogers, C., & Luby, J. (2011). Sensory over-responsivity: A diagnosis whose time has come? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(12), 1205-1207. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.09.018>
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Szentágotai-Tátar, A., Nechita, D. M., & Miu, A. C. (2020). Shame in anxiety and obsessive-compulsive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 22, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1142-9>
- Toh, W. L., Mangano, M., Lam, S., & Rossell, S. L. (2022). The contribution of multidimensional perfectionism and aesthetic sensitivity to the prediction of dysmorphic and symmetry concerns in a community sample. *Current Research in Behavioral Sciences*, 3, 100079. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2022.100079>
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. John Wiley & Sons.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9547-9>
- Weingarden, H., Renshaw, K. D., Wilhelm, S., Tangney, J. P., & DiMauro, J. (2016). Anxiety and shame as risk factors for depression, suicidality, and functional impairment in body

dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(11), 832-839. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000498>

Wilhelm, S. (2006). *Feeling good about the way you look: A program for overcoming body image problems*. Guilford Press.

Zadeh, Z. N., Fard, R. J., & Shoushtari, M. T. (2023). The Relationship between Body Dysmorphic Disorder and Emotion Regulation in Individuals Seeking Cosmetic Surgery: The Mediating Role of Self-Concept. *Journal of Otorhinolaryngology and Facial Plastic Surgery*, 9(1), 1-9. <https://doi.org/10.22037/orlfps.v9i1.47251>

