



Actualización del trastorno dismórfico corporal

Body dysmorphic disorder update



¹**Dra. Laura Vanessa Bermúdez Durán**

Investigadora independiente, Limón, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-4392-4794>

²**Dra. Katherine Susan Herrera Navarrete**

Investigadora independiente, Limón, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-7328-6589>

³**Dra. Michell Fernández Salas**

Investigadora independiente, Limón, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-3221-5044>

Recibido
01/12/2022

Corregido
30/12/2022

Aceptado
10/01/2023

RESUMEN

El trastorno dismórfico corporal se caracteriza por la preocupación persistente de un defecto imaginario del aspecto físico que causa un sufrimiento clínicamente significativo o interfiere en áreas importantes de la actividad diaria. Se desconoce la causa exacta de esta enfermedad, sin embargo, se cree que esta patología surge de la interacción de factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales que impactan en el comportamiento del individuo. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, el diagnóstico es clínico y debe ser temprano para tener un pronóstico más favorable. El manejo inicial se basa en la psicoterapia, siendo de primera elección la terapia cognitivo conductual. El tratamiento farmacológico incluye principalmente los inhibidores de recaptura de serotonina. Aproximadamente, la mitad de los pacientes que padecen esta enfermedad tienen intervenciones médicas innecesarias que no logran solucionar su preocupación, llegando a provocar problemas médico-legales a los médicos tratantes.

PALABRAS CLAVE: Psiquiatría, psicoterapia, trastorno mental, aspecto físico.

ABSTRACT

Body dysmorphic disorder is characterized by persistent preoccupation with an imagined defect in physical appearance that causes significant clinical distress or interferes with important areas of daily activity. The exact cause of this disease is unknown; however, it is believed that this pathology arises from the interaction of psychological, biological, social and cultural factors that impact the behavior of the individual. According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in its fifth edition, the diagnosis is clinical and must be early to have a more favorable prognosis. Initial management is based on psychotherapy, with cognitive behavioral



therapy being the first choice. Drug treatment includes serotonin reuptake inhibitors. Approximately half of the patients with this disease have unnecessary medical interventions that will not be able to solve their concern, causing medical-legal problems for the treating physicians.

KEY WORDS: Psychiatry, psychotherapy, mental disorder, physical appearance.

¹Médica general, graduada de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED). Código médico: MED16050. Correo: bermudezlau96@outlook.es

²Médica general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U. Latina). Código médico: MED15550. Correo: ksherrera07@gmail.com

³Médica general, graduada de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). Código médico: MED16739. Correo: mifdz04@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Descrito por primera vez en 1891 por el italiano Enrico Morselli, con el término dismorfofobia, el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es una enfermedad psiquiátrica que consiste en una preocupación fuera de lo normal y persistente por algún defecto, ya sea real o imaginado, percibido en las características físicas propias (1,2). En la actualidad, la atención de las personas a la belleza, la apariencia y la imagen corporal se ha convertido en una fuente de consumo, exacerbado por el aumento por el uso de los dispositivos digitales, las redes sociales y el creciente auge de las cirugías estéticas (3). La imagen corporal abarca las percepciones, pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo que están influenciados por la concepción, el desarrollo y los factores culturales (4). Querer una imagen perfecta no significa que exista un trastorno mental, pero cuando la atención y la insatisfacción con el cuerpo no puede adaptarse a la realidad, estos ideales pueden convertirse en un problema clínico que causará pensamientos excesivos de ansiedad, depresión y malestar general (3).

El TDC inicia con la preocupación por la imagen corporal, evoluciona hasta convertirse en una preocupación leve y madura a una alteración de la imagen corporal, que más tarde se vuelve una distorsión perceptiva, la cual, sin un

tratamiento adecuado, casi siempre termina en un círculo vicioso de carácter cognitivo crónico que afecta la calidad de vida del individuo, o incluso la vida en sí (5). El objetivo de esta revisión bibliográfica se centra en exponer el conocimiento general de este trastorno, con el fin de reconocerlo, abordarlo correctamente y brindar el tratamiento oportuno para tener un pronóstico más favorable.

MÉTODO

Para la elaboración de este artículo tipo revisión bibliográfica, se revisaron 17 artículos, seleccionados con los siguientes criterios de inclusión: artículos de idioma inglés y español, con fechas de publicación desde el año 2018 hasta el año 2022, considerando rango de cinco años de actualización de la información. Los artículos utilizados proceden de diferentes fuentes y bases de datos, entre las que se encuentran PubMed, MEDLINE, SciELO, Elsevier, Asociación Americana de Psiquiatría, British Journal of Psychiatry, Journal of the American Medical Association (JAMA) y buscadores como Google Académico. Se utilizaron revisiones con énfasis en las palabras claves relacionadas como: “psiquiatría”, “trastorno mental” y “aspecto físico”. Como criterios de exclusión, se descartaron los artículos publicados antes del 2018, en idiomas diferentes al inglés o español, e

investigaciones con conflictos de intereses. Dentro de los resultados se revisaron los artículos y se eligieron los que presentaron mayor respaldo y relevancia en la comunidad científica, además de la información más actualizada.

DEFINICIÓN

El TDC se define como una preocupación excesiva por un defecto físico percibido en cualquier área del cuerpo, que puede dar como resultado el deterioro funcional del paciente al causar depresión, ansiedad, angustia, vergüenza y una excesiva obsesión por su apariencia física (3,6,7). Dicha preocupación puede ser definida como obsesión, miedo, dificultad en la percepción y expectativa aprehensiva, a la cual se agregan comportamientos compulsivos, como la rasgadura de la piel, la revisión en el espejo, la práctica recurrente de cirugías plásticas, el aseo excesivo y el camuflaje de algunas partes del cuerpo (8,9). Según la reciente clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), se clasifica dentro del grupo de trastorno obsesivo compulsivo (TOC); además, originalmente se conocía como trastorno de la fealdad imaginaria (4,9).

EPIDEMIOLOGÍA

El TDC suele comenzar en la adolescencia, con un inicio habitual alrededor de los 16 años, aunque pueden detectarse síntomas claros desde los 12 a 13 años (9,10). Es mucho más común entre jóvenes de clase alta, influenciados por los medios de comunicación, redes sociales y los altos estándares de belleza, con una percepción exagerada o errónea de defectos físicos imperceptibles o imaginarios (1). Se estima que la prevalencia es del 1.7% al 2.4% en la

población; por el contrario, en personas que buscan atención dermatológica representa el 12.7%, y de los pacientes que solicitan cirugía estética se reporta una tasa de TDC del 15.6% (2,7,11). Hay un ligero predominio femenino de TDC, siendo el 60% de los pacientes niñas y mujeres (3,6).

ETIOLOGÍA

Se desconoce la causa exacta del TDC, sin embargo, se cree que esta patología surge de la interacción de factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales que impactan en el comportamiento del individuo (1,11). La respuesta observada de la enfermedad a fármacos que actúan específicamente sobre la serotonina indica que la serotonina puede intervenir en su fisiopatología (11).

El inicio de síntomas suele ser en la adolescencia, cuando comienza la mayoría de críticas personales relacionadas con la imagen; además, en el ambiente escolar inician el acoso escolar, la intimidación y el ser objetos de burla, los cuales se consideran factores contribuyentes. Los estereotipos de belleza enfatizados en determinadas familias y, en general, en la cultura actual, con la popularidad de las redes sociales, pueden tener un efecto significativo (4,11). Un estudio reveló una probabilidad de cuatro a ocho veces mayor de presentar TDC cuando otro miembro de la familia padecía esta afección (12).

Se ha relacionado este trastorno con la presencia de varios factores de riesgo, como la predisposición genética, rasgos de personalidad tales como perfeccionismo, timidez o temperamento ansioso, situaciones adversas durante la infancia (burlas o acoso escolar), mala relación parental, aislamiento social, falta de apoyo familiar o abuso sexual, y presencia de problemas dermatológicos, estigmas físicos

o complejos de la adolescencia (como acné o cicatrices) (1,3).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del TDC es fundamentalmente clínico y se basa en los cinco criterios del DMS-5 (11,13):

- Criterio A: preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen insignificantes para otras personas.
- Criterio B: durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos repetitivos como mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, o querer asegurarse de las cosas. O bien, actos mentales repetitivos como comparar su aspecto con el de otros, como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- Criterio C: la preocupación causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Criterio D: no se puede atribuir a otra condición médica.
- Criterio E: la preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimenticio.

Existen dos especificadores: el primero es la dismorfia muscular, el cual afecta sobre todo a hombres con preocupaciones relacionadas con el tamaño de sus músculos, por lo que realizan cantidades excesivas de ejercicios con el fin de fortalecerlos. También pueden abusar de esteroides anabólicos. Y la introspección puede ser buena/aceptable, poca o ausente (6,13).

CUADRO CLÍNICO

Los pacientes con TDC están hiperconcentrados en la percepción de sus defectos y la forma de ocultarlos. El tiempo dedicado a estos pensamientos negativos puede interferir en la calidad de vida y la capacidad de llevar a cabo las actividades diarias (14).

Las preocupaciones pueden afectar cualquier parte del cuerpo, pero las más habituales conciernen a defectos con el cabello, la piel, la nariz, el pecho, los ojos, los labios y el vientre (1,11). Las principales molestias suelen ser por la simetría, el tamaño o la forma, por lo que los pacientes pueden tener comportamientos repetitivos y excesivos en respuesta a la preocupación, tales como mirarse en los espejos o evitarlos por completo, comparar su aspecto físico con el de otras personas, cambiarse de ropa con frecuencia, solicitar cirugía y asearse o hacer ejercicio en exceso (10,15). Hasta un tercio de los pacientes pueden confinarse en la casa debido al temor de ser avergonzadas por las supuestas deformidades, y una quinta parte de los afectados realizan tentativas de suicidio (11).

Los pacientes con dismorfia muscular suelen realizar ejercicio o levantar pesas para aumentar volumen y desarrollar gran masa muscular (11). En general, estos individuos tienen baja autoestima, una tendencia a evitar situaciones sociales y problemas en el trabajo o el colegio (14).

COMORBILIDAD

En general, son habituales los diagnósticos comórbidos de trastornos depresivos, de ansiedad, de conducta alimentaria, el TOC y los trastornos de la personalidad esquizoide y narcisista (11,14). La presentación de ideación suicida a lo largo de esta enfermedad se cifra hasta en el 80% de los

pacientes, y los intentos de suicidio hasta en un 25%, siendo frecuente la repetición de tentativas (2,15). El TOC se considera la comorbilidad más frecuente (16).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del TDC es sumamente amplio, y muchos pacientes tienen enfermedades psiquiátricas comórbidas que pueden hacer que el diagnóstico sea menos sencillo. Los pacientes con TDC pueden cumplir los criterios de al menos dos enfermedades psiquiátricas adicionales en su vida (15). Es necesario precisar la relación existente entre el TOC y el TDC, aunque las personas con TDC tienen preocupaciones obsesivas por su aspecto y pueden presentar conductas compulsivas asociadas, solo se determina un diagnóstico adicional de TOC cuando las obsesiones o las compulsiones no se limitan a preocupaciones acerca del aspecto y son egodistónicas (8,11).

Las personas con trastorno de la personalidad evitativa o con fobia social pueden estar preocupadas ante la posibilidad de sentir vergüenza por defectos imaginarios o reales de su aspecto, pero esta preocupación no suele ser llamativa, persistente, angustiada ni discapacitante (11). Una forma cada vez más reconocida de dismorfia muscular en los hombres es llamada vigorexia o dismorfia muscular, que es una preocupación patológica por la musculatura y delgadez. Sin embargo, una preocupación con solo una parte del cuerpo en el TDC es raro; en promedio, la mayoría los pacientes se enfocan en tres o cuatro partes del cuerpo durante el curso de la enfermedad (4,16). Otros trastornos a tener en cuenta son el trastorno depresivo mayor, tricotilomanía, trastorno de excoriaciones, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de conducta

alimentarias, además de esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos. Por último, es de suma importancia no realizar un diagnóstico de TDC si existe otro trastorno psiquiátrico que justifique mejor la preocupación corporal excesiva (3,11).

EVOLUCIÓN

El inicio puede ser gradual o súbito y suele comenzar en la adolescencia, aunque puede tener un inicio más tardío tras una insatisfacción prolongada con el cuerpo. Es una enfermedad crónica, estresante y fluctuante, con pocos intervalos asintomáticos (10,11). Una edad de inicio temprana presagia mayor gravedad de la enfermedad y comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas. Los pacientes pueden esperar más de 10 años antes de conseguir ayuda médica (1,6). La parte del cuerpo en la que se centra la preocupación o molestia puede ser siempre la misma o cambiar con el paso del tiempo (11).

PRONÓSTICO

El TDC tiende a la cronicidad; además, es considerada una de las enfermedades psiquiátricas más letales, dado que aproximadamente un 80% de los pacientes experimentan ideas suicidas a lo largo de su vida, y casi un 25% realizan un intento de autoeliminación (6,10). Aproximadamente, un 20% de los casos tratados pueden entrar en remisión total, y un 42% de los casos tratados con éxito pueden llegar a recaer (9).

TRATAMIENTO

Es necesario un seguimiento a largo plazo, preferiblemente por parte de un equipo multidisciplinario. Esta es la base para establecer una sólida alianza terapéutica, así como la educación psicológica, que los

haga darse cuenta de que la conducta compulsiva persistente no es efectiva para aliviar la ansiedad y la vergüenza (3). El tratamiento temprano en el entorno psiquiátrico adecuado es fundamental para el éxito; si no se trata durante un periodo de tiempo adecuado, solo el 9% de los pacientes tienen una remisión completa de los síntomas en un año (6).

Existen dos líneas principales de tratamiento: la psicoterapia y el tratamiento farmacológico.

Psicoterapia

El campo de la psicoterapia como tratamiento es amplio. Se puede utilizar para tratar niños y adultos

- Terapia cognitivo conductual (TCC): se considera el tratamiento de elección, y su objetivo es reestructurar los patrones de pensamiento obsesivo, fomentar el aprendizaje de habilidades de afrontamiento alternativas al problema y sensibilizar la percepción de aspectos positivos del propio cuerpo (3,17). Los estudios han demostrado que la TCC mejora los síntomas depresivos, la percepción, la calidad de vida y el funcionamiento general (14). Cuando las intervenciones cognitivas preceden a las conductuales, los resultados normalmente son mejores (1). Esta terapia es más exitosa en los pacientes que demuestran motivación al inicio del tratamiento y tienen una buena comprensión de su condición (6).
- Grupos de apoyo comunitarios o en línea: se enseñan conductas para mejorar la salud mental, tales como tratar la evasión social y aumentar la participación con personas familiares, amigos que los apoyen (3). Se fomenta la interacción social para evitar los problemas asociados con el aislamiento (1).

Farmacológico

El tratamiento farmacológico de primera línea lo conforman los inhibidores selectivos de recaptura de la serotonina (ISRS), debido a su tolerabilidad, eficacia y perfil de seguridad (6). Aunque se ha publicado que los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de las monoaminooxidasa (IMAO) y la pimozida son útiles en casos individuales. Otros datos indican que los ISRS reducen los síntomas en, al menos, el 50% de los pacientes. El índice de respuesta puede aumentar si se complementa el ISRS con clomipramina, buspirona, litio, metilfenidato o antipsicóticos. No se sabe con exactitud durante cuánto tiempo debe mantenerse el tratamiento tras la remisión del TDC (1,11).

RELACIÓN CON LA CIRUGÍA PLÁSTICA

El TDC se vincula a una creciente problemática que acompaña al aumento de las cirugías plásticas y a la necesidad de “reparar” defectos físicos percibidos. La prevalencia de personas que presentan TDC que buscan tratamiento dermatológico, cirugía plástica o maxilofacial oscilan entre el 8% al 53% (15). Los motivos por los que se solicita una intervención quirúrgica son diversos, pero los principales son: la eliminación de ojeras o bolsas, reducción de mandíbula, arrugas e hinchazones faciales; rinoplastia; reducción o aumento de pecho, y alargamiento del pene (11). La importancia de un diagnóstico en la primera consulta permitirá al cirujano excluir estos pacientes de cirugías que pretendan corregir defectos imaginarios y derivar a un tratamiento adecuado y sus posibles comorbilidades psiquiátricas asociadas (1).

El estrés que significa para estos pacientes el no ver una mejoría tras someterse a una cirugía puede empeorar la condición, dado

que el TDC es esencialmente un problema de imagen corporal; por lo tanto, los procedimientos cosméticos rendirán poca o nada de mejoría en la clínica (1,4). La agresión verbal, física, las acciones judiciales o la depresión clínica pueden evitarse, ya que pacientes insatisfechos pueden intentar tomar represalias contra el cirujano que creen que ha empeorado su defecto (1,11). Un estudio informó que el 2-40% de cirujanos plásticos han sido amenazado físicamente por un paciente con TDC, y el 10% ha recibido amenazas de violencia y acciones legales (4).

CONCLUSIÓN

El TDC es una enfermedad grave, crónica y multifactorial. El conocimiento de su etiología, clínica, comorbilidades y complicaciones permite un enfoque integral de tratamiento, en donde la educación al paciente es fundamental para el manejo y seguimiento. Los criterios diagnósticos y el examen físico permiten al médico de primer contacto la detección y el inicio de terapia temprana, que llevan a un mejor pronóstico. Los pacientes muchas veces se resisten a admitir que tienen síntomas de esta afección, por lo que la identificación de los casos que tienen TDC puede ser difícil. A menudo, se buscan soluciones cosméticas en lugar de asesoramiento médico; sin embargo, el tratamiento médico para el TDC puede producir mejoras significativas en los síntomas y reducir las posibilidades de recaída.

Es de suma importancia que el personal médico tenga el conocimiento general de la clínica y el adecuado manejo del TDC, para así poder realizar estrategias más óptimas por parte del todo el personal de salud, y así un manejo y seguimiento multidisciplinario más adecuado para cada paciente.

REFERENCIAS

1. Zambrana MT, Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) en Pacientes de Cirugía Estética [Internet]. Revista Boliviana de Cirugía Plástica. [citado el 29 de diciembre, 2022]. Disponible a partir de: <https://www.revistabolivianacirplastica.org/index.php/ojs/article/view/52/52>
2. Salavert J, Clarabuch A, Trillo M, Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia [Internet]. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2019 [citado el 29 de diciembre, 2022];36(1):4-19. Disponible a partir de: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/77/260>
3. Alarcón-Chávez BE, Demera-Pincay YT, Mitteleer LR. Cirugía Estética y Trastorno Dismórfico en Pacientes de la Clínica del Sol en la Ciudad de Manta [Internet]. Dominiodelasciencias.com. [citado el 29 de diciembre, 2022]. Disponible a partir de: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1468/2681>
4. Higgins S, Wysong A. Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder – an update. Int J Womens Dermatol [Internet]. 2018;4(1):43–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352647517300801>
5. Santos-Morocho JL. Evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico en un caso de trastorno dismórfico corporal [Internet]. Revista Científica Digital de Psicología PSIQUEMAG. 2019 [citado el 29 de diciembre, 2022];8(1). Disponible a partir de: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/192/183>
6. Hogan S, Vashi N, Dover JS, Arndt KA. Body dysmorphic disorder and the cosmetic patient. Adv Cosmet Surg [Internet]. 2020;3(1):135–41. Disponible a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2542432720300114>
7. Rincón-Barretos D. En la era hegemónica del cuerpo, una pausa para comprender el trastorno dismórfico corporal [Internet]. Drugs and Addictive Behavior. 2019 [citado el 29 de diciembre, 2022];4(2):205-208. Disponible a partir de: https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DA/B/article/view/3366/pdf_1
8. Rincón-Barretos D, Restrepo-Escobar S, Correa-Pérez L, Ospina-Duque J, Montoya-Arenas D. Trastorno dismórfico corporal: una revisión de las dimensiones clínicas, neurobiología y

- neuropsicología [Internet]. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. 2019 [citado el 29 de diciembre, 2022];19(1):1-21. Disponible a partir de: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/3133/2687>
9. Rincon D. Dimensión histórica, síntomas y neurobiología del trastorno dismórfico corporal. Psychol [Internet]. 2022;16(1):49–56. DOI: <http://dx.doi.org/10.21500/19002386.5797>
 10. Marron SE, Gracia-Cazaña T, Miranda-Sivelo A, Lamas-Díaz S, Tomas-Aragón L. Detección de trastorno dismórfico corporal en pacientes con acné: estudio piloto. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2019;110(1):28–32. Disponible a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731018303958>
 11. Sadock B, Sadock V, Kaplan H, Ruiz P. 2015. Sinopsis de Psiquiatría. 11th ed. Barcelona: Wolters Kluwer; pp.939-945.
 12. Malcolm A, Labuschagne I, Castle D, Terrett G, Rendell PG, Rossell SL. The relationship between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review of direct comparative studies. Aust N Z J Psychiatry [Internet]. 2018;52(11):1030–49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0004867418799925>
 13. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
 14. Perkins A. Trastorno dismórfico corporal. La búsqueda de la perfección. Nursing [Internet]. 2019 [citado el 29 de diciembre, 2022];36(6):16–20. Disponible a partir de: <https://www.elsevier.es/es- revista-nursing-20-articulo-trastorno-dismorfico-corporal-la-busqueda-S0212538219301505>
 15. El proceso atencional en el trastorno dismórfico corporal [Internet]. Psicoespacios. 2022 [citado el 29 de diciembre, 2022];16(28). Disponible a partir de: <https://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios/article/view/1461/1606>
 16. Tomás Benlloch MC. A propósito de la vigorexia: más allá de un trastorno dismórfico. Delimitación diagnóstica y causas de este trastorno. Rev Esp Drogodepend [Internet]. 2022;47(2). Disponible a partir de: https://www.aesed.com/upload/files/v47n2_5-ctomas.pdf
 17. Wilhelm S, Phillips KA, Greenberg JL, O'Keefe SM, Hoepfner SS, Keshaviah A, et al. Efficacy and posttreatment effects of therapist-delivered cognitive behavioral therapy vs supportive psychotherapy for adults with body dysmorphic disorder: A randomized clinical trial: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry [Internet]. 2019 [cited 2022, Dec 29];76(4):363–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30785624/>