



Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental



Miquel Tortella-Feliu^{a,b,*}, Carmelo Vázquez^{a,c}, Carmen Valiente^{a,c}, Soledad Quero^{a,d}, Joaquim Soler^{a,e}, Ignacio Montorio^{a,f}, Susana Jiménez-Murcia^{a,g}, Gonzalo Hervás^{a,c}, Azucena García-Palacios^{a,d}, Javier García-Campayo^{a,h}, Fernando Fernández-Aranda^{a,g}, Cristina Botella^{a,e}, Neus Barrantes^{a,i} y Rosa M. Baños^{a,j}

^a Red de Excelencia "Investigación en procesos mecanismos y tratamientos psicológicos para la promoción de la salud mental" - PROMOSAM (PSI2014-56303-REDT), España

^b Universitat de les Illes Balears, España

^c Universidad Complutense de Madrid, España

^d Universitat Jaume I, España

^e Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^f Universidad Autónoma de Madrid, España

^g Hospital Universitari de Bellvitge (IBIDELL), España

^h Universidad de Zaragoza, España

ⁱ Universitat Autònoma de Barcelona, España

^j Universitat de València, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de febrero de 2016

Aceptado el 7 de marzo de 2016

On-line el 4 de mayo de 2016

Palabras clave:

Salud mental
Tratamientos psicológicos
Prevención
Investigación

Keywords:

Mental health
Psychological treatments
Prevention
Research

R E S U M E N

Aunque hemos avanzado notablemente en el desarrollo de recursos preventivos y especialmente, en la eficacia de los tratamientos psicológicos que intentan paliar los trastornos mentales, estamos aún lejos de la situación óptima. Este trabajo se centra en dos grandes cuestiones que consideramos retos y necesidades fundamentales en este ámbito: (a) la necesidad de mejorar y extender la prevención, la intervención temprana y la promoción de la salud mental y (b) la necesidad de una mayor divulgación de los tratamientos psicológicos eficaces, el desarrollo de nuevas intervenciones y la mayor comprensión de los mecanismos de acción de los tratamientos psicológicos. El objetivo es promover la discusión entre los agentes implicados y reflexionar sobre las líneas de trabajo que creemos prioritarias

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Challenges in the development of psychological interventions and care practice in mental health

A B S T R A C T

Although we have made significant progress in the development of preventive tools and especially in the efficacy of the psychological treatments, we are still far from an optimal situation. This paper focuses on two major issues which we consider fundamental challenges and urges in this area: (a) the need for improving and spreading prevention, early intervention, and the promotion of mental health and (b) the need for greater dissemination of effective psychological treatments, the development of new interventions and greater understanding of the mechanisms of action of psychological treatments. The aim is to promote discussion among all stakeholders and debate on those lines we think as priority.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Edifici IUNICS. Campus de la UIB. Carretera de Valldemossa, km. 7,5. 07122 Palma (Mallorca).
Correo electrónico: miquel.tortella@gmail.com (M. Tortella-Feliu).

La presencia de trastornos mentales está alcanzando cifras alarmantes. Por ello desde muy diferentes ámbitos se pone de manifiesto la necesidad de promover la investigación en este ámbito, ya que la salud mental es una de las áreas más desatendidas en el campo de la salud. En un artículo previo (Tortella-Feliu et al., 2016) hemos tratado de subrayar que la mejora en la comprensión de los factores relacionados con la emergencia y mantenimiento de las alteraciones psicopatológicas y los determinantes del bienestar psicológico es esencial para el avance en la atención en salud mental, en tanto que los modelos psicopatológicos son el trasfondo teórico y conceptual de las intervenciones psicológicas. Ahora pretendemos esbozar cuáles creemos que deberían ser los focos de interés principales en la investigación y la práctica asistencial en el ámbito de los tratamientos psicológicos. Si bien es cierto que en los últimos decenios se ha avanzado mucho en la disponibilidad de tratamientos (Whiteford et al., 2013), también lo es que el avance no ha sido suficiente y que urgen soluciones (Kingdon, 2013). En este trabajo nos centraremos en primer lugar en la prevención de los trastornos mentales y en la intervención temprana así como en la promoción del bienestar psicológico y en segundo lugar en la divulgación, desarrollo y comprensión de los mecanismos de acción de los tratamientos psicológicos.

Prevención, intervención temprana y promoción del bienestar psicológico

Aunque los programas preventivos en el ámbito de la salud han demostrado su eficacia en la reducción de muchas enfermedades físicas, de los daños que se les asocian y de la mortalidad producidas por ellas, poco se ha hecho en la prevención de los trastornos mentales y aunque hayan ido ganando influencia (ej.: Essau, Conradt, Sasagawa y Ollendick, 2012) sigue estando en su infancia la investigación en esta área y sigue siendo escasa la extensión de dichos programas a la población general.

Desgraciadamente, la prevención tal y como se planteaba en la psicología comunitaria de los 70, aunque constituía su *alma mater*, no dio de sí todo lo que se esperaba y fue perdiendo terreno paulatinamente. Sin embargo, muchos de sus principios básicos siguen estando tan vigentes como cuando se enunciaron. El interés por hacer llegar la práctica psicológica a un mayor segmento de la población, el intento de superación de los binomios daño-cura y sano-enfermo, el énfasis en ayudar a generar y activar recursos y promover fortalezas a los ciudadanos, la promoción de la educación y la defensa radical de la prevención quedan bien reflejados en la idea de prestar más atención a los factores “salutogénicos” que promueven la resistencia de los individuos frente a las dificultades de la vida (Avia y Vázquez, 2011).

Son muchas las voces que claman que la única vía para reducir de forma sustancial los costes relacionados con la alta prevalencia y las consecuencias perniciosas de los trastornos mentales es la mejora y extensión de las intervenciones de carácter preventivo (ej.: Jacka et al., 2013). La edad de incidencia del 70% de los trastornos mentales en su conjunto es inferior a 25 años, por lo que se debe atender mucho más de lo que se hace en la actualidad a la prevención en jóvenes. Además, algunos de estos problemas, junto con la exposición a la adversidad en la infancia, si no se interviene a tiempo o se previenen eficazmente tienden a cronificarse, a hacerse recurrentes o a ser un factor de riesgo de otras alteraciones (Pechtell y Pizzagally, 2011), además de vincularse a otros problemas, como el bajo rendimiento escolar o una inadecuada inserción social (ej.: Beesdo, Knappe y Pine, 2009 para una revisión). Una especial protección a este grupo de población constituiría una acción preventiva eficaz de salud, sin que ello sea óbice para que no se dirija también a otros momentos evolutivos cruciales, especialmente la vejez (ej.: Chase, 2013; Conwell, 2014).

No obstante, la prevención no debe limitarse a la actuación sobre los potenciales factores de riesgo sino también a la promoción de fortalezas y resiliencia que sirven como factores protectores ante el posible desarrollo de los trastornos mentales (Davis y Suveg, 2014; Vázquez y Hervás, 2009) y que juegan un papel importante en la promoción de la salud mental (no sólo de la ausencia de enfermedad). Las herramientas conceptuales y de medida que ha comenzado a aportar la psicología positiva nos permiten operativizar por fin de un modo más contundente la vieja idea de entender la salud mental como el desarrollo óptimo de las capacidades de los individuos y de las comunidades. La idea de promover fortalezas psicológicas (Peterson y Seligman, 2004) y de poder definir y evaluar el bienestar psicológico con una perspectiva sólida (Hervás y Vázquez, 2013) puede ayudar a superar la insuficiencia de los modelos tradicionales de salud-enfermedad que tienen un buen modelo de políticas públicas, como el programa Nacional de Salud Mental “Equal Minds” del gobierno escocés (Myers, McCollam y Woodhouse, 2005), con la resiliencia como idea vertebradora del plan.

Los tratamientos psicológicos

Por lo que respecta a los tratamientos psicológicos, partiremos de las dos dificultades más importantes con las que en nuestra opinión nos encontramos: la escasa extensión de los tratamientos psicológicos eficaces en la práctica clínica cotidiana y el estancamiento de los resultados que se alcanzan con los tratamientos disponibles hasta el momento.

Escasa extensión de los tratamientos psicológicos eficaces

Aunque existen evidencias consistentes y abundantes sobre la eficacia de diversos tratamientos psicológicos para diferentes trastornos mentales, y en bastantes casos con la consideración de tratamientos de primera línea, se ha constatado que tanto en Estados Unidos (ej.: Insel, 2009) como en Europa (ej.: Clark, 2011), incluida España (Fernández et al., 2006; Roca et al., 2009), este tipo de intervenciones están infrutilizadas. La cuestión es especialmente problemática a la vista de que un porcentaje muy elevado de pacientes no reciben el tratamiento más adecuado para su problema, con lo que todo ello acarrea, y no únicamente en cuando a sufrimiento y costes económicos y sociales sino también éticamente. ¿Cuáles pueden ser las razones para que eso ocurra?

- Podría suceder que los tratamientos que no han mostrado eficacia en estudios controlados no resultaran después efectivos en la práctica clínica cotidiana. Sin embargo, la evidencia parece señalar que esto no es así y que los niveles de efectividad se equiparan a los de eficacia en la mayoría de indicadores (ej.: Cahill, Barkham y Stiles, 2010). En cualquier caso, es necesario insistir en la realización de estudios de eficacia y eficiencia en el ámbito de la práctica clínica cotidiana en nuestro contexto sanitario.
- Otra razón podría residir en las políticas de divulgación escasas y/o poco adecuadas. Es probable que el conocimiento sobre esos tratamientos “eficaces” y su verdadera utilidad clínica no llegue, al menos adecuadamente, a los interesados. Por ejemplo, después de analizar el relativo fracaso de las iniciativas tomadas hasta el momento en los Estados Unidos, Santucci, McHugh y Barlow (2012) abogan por la utilización de estrategias de divulgación directas a los pacientes y no tanto, o no únicamente, a los profesionales.
- Ese desconocimiento al que nos hemos referido en el punto anterior quizá tenga un puntal en la formación insuficiente de los estudiantes y profesionales en el modelo de los tratamientos con apoyo en la investigación y en el escaso conocimiento tanto conceptual como procedimental referido a esos tratamientos (Insel, 2009). Es por tanto necesario abordar de un modo amplio,

crítico y responsable el tema de la formación de los profesionales sanitarios.

- d. Podría también tratarse, como han apuntado algunos estudios, de la existencia de ciertas creencias de los propios clínicos no muy bien fundamentadas (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin y Latzman, 2013). Tales creencias podrían agruparse en dos tipos. Por una parte, el rechazo a la concepción misma del movimiento de los tratamientos con apoyo empírico, tanto en los profesionales como en los estudiantes. Dicho rechazo suele asociarse directamente a reservas metodológicas (ej.: la cuantificación en psicología, la naturaleza de los estudios controlados, etc.), a planteamientos contrarios a admitir el uso de categorías diagnósticas o, más en general, a cualquier otro tipo de asunción nomotética o sustentarse en la idea de que ese modelo aboca a una excesiva tecnificación de las intervenciones, asociándola con una supuesta pérdida de individualización de los tratamientos y relegación del juicio clínico, desatendiendo los aspectos realmente importantes de la intervención, que son los del proceso y la relación terapéutica (véase, por ejemplo Castelnuevo, 2010 para una crítica desde esos posicionamientos o Wilson, 1996 para una revisión sistemática). Por otra parte, algunas de esas creencias podrían ser mucho más específicas y estar focalizadas en recelos hacia determinadas estrategias de intervención, no tanto por cuestiones de índole técnico-científica, sino más bien por ciertas características personales de los mismos clínicos (véanse las reflexiones de Meyer, Farrell, Kemp, Blakey y Deacon, 2014 sobre la no utilización de las técnicas de exposición cuando sería pertinente utilizarlas), y/o en concepciones más bien equivocadas, al menos a la luz de los conocimientos actuales sobre cuáles son los determinantes de los trastornos psicopatológicos (ej.: Ahn, Proctor y Flanagan, 2009; Lilienfeld et al., 2013).

Si bien la actitud de rechazo a la fundamentación empírica de los tratamientos puede suponer un freno al progreso y aprovechamiento de los recursos existentes, es también necesario subrayar que algunas de las reservas aquí recogidas derivan de la existencia real de lagunas en un ámbito de máxima complejidad como el nuestro (ej.: la operacionalización y medida de ciertas variables (inter)subjetivas y de procesos relacionales) y de que los cambios pendulares de la historia han marginado el estudio académico de algunos constructos e hipótesis psicológicas, haciendo difícil el estudio empírico de su validez y resultados clínicos. Por otro lado, tampoco debemos olvidar que en algunas ocasiones la resistencia a usar tratamientos con apoyo empírico o la evaluación de los usuarios de los servicios pueden obedecer a una cierta inercia en algunos profesionales a no rendir cuentas y a una mal entendida “libertad de cátedra o terapéutica”. Entendemos que el requerimiento de evaluar las intervenciones se funda también en una exigencia ética y política, además de científica (Layard y Clark, 2014; Lilienfeld et al., 2013).

- e. Las creencias de los pacientes también podrían tener algo que ver con la escasa diseminación de los tratamientos eficaces. Se ha indicado que la falta de conocimiento que tiene la población general acerca de la salud mental y los trastornos psicológicos puede ser una de las barreras para la adecuada implementación de los tratamientos de base empírica cuando estos no se corresponden con sus creencias implícitas (Jorm, 2000). Algún estudio también ha señalado que entre los pacientes están extendidas ideas no del todo acertadas sobre cuáles son los tratamientos más adecuados para diversos trastornos mentales (Prins, Verhaak, Bensing y van der Meer 2008). Jorm (2000) apunta a la necesidad de un mayor conocimiento de los ciudadanos en temas de salud mental para que puedan promoverse actuaciones adecuadas de prevención, intervención temprana, autoayuda y ayuda a las personas con potenciales problemas psicopatológicos. Un asunto todavía de mayor calado es si algunas creencias explícitas o implícitas de los pacientes y profesionales

(ej.: la idea de que los problemas mentales son enfermedades irrecuperables) pueden conllevar ciertas desventajas con respecto a los procesos de recuperación y obviamente aumentar la estigmatización de las personas (Kinderman, 2014). Debido a que se ha señalado que estigma y autoestigma son indicadores importantes de la recuperación de los trastornos mentales graves y que dicha estigmatización puede afectar a las personas a través de distintos mecanismos como la autoestima, la cognición social u otros (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen y Phelan, 2011), es importante identificar exactamente cuáles son esos mecanismos para que se puedan desarrollar intervenciones eficaces que contemplen su papel mediador.

Otro factor de variabilidad individual, al margen de las creencias, es la disposición motivacional en la que se encuentra el paciente y si el tratamiento que ofrecemos se ajusta o no a ella (DiClemente, Schlundt y Gemmell, 2004). En este sentido, hay que evitar dispensar tratamientos “café para todos”, que a pesar de ser activos y basados en la evidencia no tienen por qué adecuarse al estado motivacional del paciente, desajuste que puede acabar en un prematuro abandono de la terapia (ej.: Soler et al., 2008).

- f. Por último, el hecho de que no todos los pacientes reciban la intervención más ajustada a sus problemas puede deberse a que esos tratamientos no se encuentren disponibles en los servicios asistenciales a su alcance por cuestiones puramente administrativas. En este sentido, los tratamientos psicológicos eficaces difícilmente podrán llegar la mayoría de la población que pueda necesitarlos si el número de profesionales sanitarios en la red asistencial, básicamente psicólogos clínicos, es escaso, como sucede actualmente en nuestro país, o no han tenido la oportunidad de recibir el entrenamiento adecuado para poder aplicar algunos de esos tratamientos psicológicos eficaces. De hecho, en el Reino Unido (Department of Health, 2008) se entendió que ese era uno de los motivos cruciales por los cuales los tratamientos psicológicos adecuados no llegaban a la mayoría de la población, lo que motivó la puesta marcha de una iniciativa de largo alcance (Improving Access to Psychological Treatments, IAPT) que incluye como uno de sus puntos centrales la formación especializada intensiva en dichos procedimientos de intervención de un gran número de profesionales sanitarios.

Más allá de eso, la idea muy extendida de que todo tipo de tratamiento psicológico requiere de una relación terapéutica directa (cara a cara) con un clínico durante un periodo de tiempo relativamente largo puede actuar de freno para que los tratamientos lleguen a quien tienen que llegar, atendiendo a los elevados costes que suponen. Este tipo de tratamientos de alta intensidad, que sin duda son totalmente necesarios para algunos trastornos y también para otros con presentaciones más severas, no siempre son más eficaces—incluso son mucho menos eficaces a menudo—que otro tipo de *intervenciones de baja intensidad* (ej.: psicoeducativas, autoayuda guiada, e-salud y m-salud, etc.) para determinado tipo de alteraciones psicopatológicas (Kazdin y Rabbitt, 2013). Este planteamiento, conocido como aproximación escalonada al tratamiento (es decir, que la persona reciba en primera instancia el tratamiento que sea menos intensivo de entre los apropiados para su trastorno y que únicamente se avance hacia niveles de intervención más intensivos en función de la gravedad del trastorno o del fracaso ante tratamientos previos), guía de alguna de las iniciativas más destacadas y eficaces en este ámbito (NICE, 2011), bien podría facilitar el acceso mucho más generalizado a los tratamientos eficaces. En este contexto también es importante señalar en qué dispositivo recibe el paciente el tratamiento. En nuestro sistema de salud, el tratamiento psicológico se ofrece en atención especializada, aunque los datos indiquen que pese a que la prevalencia de problemas mentales en atención primaria sea elevada (Roca et al., 2009) los médicos

de familia solo derivan entre un 5-10% de la patología psiquiátrica que detectan a los servicios especializados en salud mental (Agüera, Reneses y Muñoz, 1996), entre otras razones porque esos servicios están colapsados. La consecuencia es que un número importante de pacientes con problemas mentales son atendidos en atención primaria por el médico de familia, que es quien típicamente administra los fármacos, por lo que los pacientes no reciben los tratamientos psicológicos que, en muchas ocasiones, serían los más recomendables. Pese a que ya existan iniciativas en este sentido, como la que viene realizando la red IAPP en nuestro país (www.rediapp.org), que muestran por ejemplo la eficacia de los tratamientos psicológicos administrados en atención primaria (Herrera-Mercadal et al., 2015), sería importante llevar a cabo una reflexión a distintos niveles (científico, asistencial y político) sobre la necesidad de incluir profesionales y protocolos de intervención psicológica en los servicios de atención primaria (Latorre et al., 2012).

Es de destacar aquí el avance que está suponiendo la concepción de e-salud y m-salud en la dispensación de servicios sanitarios. Sin embargo, en el caso de la salud mental, a pesar del enorme potencial de las tecnologías para la dispensación de intervenciones psicológicas (ej.: Cuijpers, Marks, van Straten, Cavanagh y Andersson, 2009), la implementación de herramientas tecnológicas para la dispensación de tratamientos tiene muchas barreras en nuestro país, tanto administrativas como económicas, por parte de los clínicos y de los pacientes (García-Campayo, Cebolla y Baños, 2014).

El “parón terapéutico” de los tratamientos psicológicos

A pesar de que exista un número considerable de tratamientos eficaces para diversos trastornos mentales, parece que se ha llegado a un momento de “parón terapéutico” (McNally, 2007), ya que no se ha conseguido aumentar en años el nivel de eficacia de los tratamientos ya existentes, ni ello se ha alcanzado con los nuevos tratamientos que han ido apareciendo (a menudo solo se trataba de simples nombres nuevos para técnicas ya conocidas o combinaciones de ellas). Por ello, parece pertinente que la investigación y el desarrollo tecnológico aborden una serie de aspectos que potencialmente puedan sacarnos de ese parón terapéutico, ya sea aumentando la eficacia de las intervenciones psicológicas en aquellos ámbitos donde su eficacia ya está bien probada, como avanzando hacia intervenciones más coherentes en aquellos problemas en los que el resultado de los tratamientos psicológicos no sea tan positivo como sería deseable. En este trabajo nos centraremos en cuatro posibles vías no excluyentes que comentaremos a continuación.

Para empezar hay que decir que además de reducir las manifestaciones de cualquier trastorno mental las intervenciones también tendrían que encaminarse a mejorar el estado de salud mental “positiva” de los pacientes. En el caso concreto de la depresión, mientras que la mayoría de los pacientes definen la recuperación como tener un buen estado mental (optimismo, confianza, ilusión, etc.) (Zimmerman et al., 2006), el modo de determinar que nuestras intervenciones han sido “eficaces” es mediante la reducción de los síntomas. Esta perspectiva positiva sobre el funcionamiento psicológico abre así un nuevo panorama y nuevos retos para la psicología y la psiquiatría (Jeste et al., 2015).

Centrémonos ahora en esas cuatro posibles vías a las que hemos hecho mención para favorecer el desarrollo de tratamientos psicológicos más eficaces que los ahora disponibles.

a. En primer lugar, profundizar en el análisis de los factores moderadores (diferencias individuales) y mediadores (factores sobre los que actúan las técnicas para llevarnos al resultado final) de las técnicas de intervención psicológica (ej.: Dimidjian y Hollon, 2011; Holmes, Craske y Graybiel, 2014). Esto implica la promoción de estudios sobre predictores del resultado terapéutico y de los procesos/mecanismos de cambio antes que, o además de,

estudios más tradicionales sobre los resultados del tratamiento (eficacia). A nuestro entender, un objetivo prioritario e imprescindible sería por tanto llevar a cabo más investigación para aumentar nuestro conocimiento sobre cómo y en qué medida los tratamientos inciden sobre los mecanismos psicológicos y neurológicos subyacentes a los problemas de salud mental y a los procesos asociados a la adaptación. Probablemente haya un abuso inconsciente de “paquetes de intervención” que no permiten determinar el peso específico de sus principios activos (estrategia de desmantelamiento) ni las dosis requeridas (intensidad, frecuencia, etc.) de cada componente, además de obviar el gran impacto ejercido por las diferencias individuales en variables disposicionales y situacionales. Hace falta seguir avanzando en el conocimiento de por qué y para quién funciona una determinada intervención. Los resultados muestran que se consiguen índices de éxito significativamente mayores cuando los pacientes reciben el tratamiento “óptimo” para su caso concreto (DeRubeis et al., 2014).

- b. Otra de las vías que se ha ido apuntando tiene que ver con el desarrollo de nuevas aproximaciones al tratamiento que se dirijan a los procesos comunes a diferentes trastornos psicológicos específicos, que se hayan aislado como especialmente relevantes en la instauración o mantenimiento de dichas alteraciones (ej.: sesgos cognitivos en los trastornos emocionales o modos de procesamiento, como la rumiación o recuerdos demasiado generales en problemas depresivos y de ansiedad). No obstante, estos intentos innovadores, muy atractivos por su gran calado teórico, ya que intentan cambiar las emociones mediante intervenciones “directas” en procesos cognitivos, tienen una eficacia muy modesta, al menos con los procedimientos que se vienen utilizando hasta ahora (ej.: Cristea, Kok y Cuijpers, 2015; Duque, López-Gómez, Blanco y Vázquez, 2015). Es también prometedora la creciente atención que se presta al entrenamiento en *mindfulness* o conciencia plena y sobre todo a cuáles son los procesos y mecanismos a través de los cuales este procedimiento opera sus cambios (Gu, Strauss, Bond y Cavanagh, 2015), en la línea de lo que señalábamos en párrafos anteriores. En este sentido el grado de identificación con los propios pensamientos, o descentramiento, sería una variable transdiagnóstica relevante en trastornos mentales de diversa índole y sensible a diferentes formas de tratamiento psicológico (Soler et al., 2014).
- c. En estrecha relación con la idea de que las dianas terapéuticas sean los procesos comunes a diversos trastornos psicológicos específicos, diferentes autores defienden con fuerza que se trabaje en la traslación de los conocimientos procedentes del ámbito de la neurociencia cognitivo-afectiva y comportamental al diseño de tratamientos psicológicos más eficaces (ej.: Holmes et al., 2014), también para obtener mayor detalle de por qué y cómo funcionan los tratamientos psicológicos a través de los cambios operados en el funcionamiento cerebral y de otros potenciales biomarcadores.
- d. En una línea similar a lo señalado con respecto a las intervenciones sobre procesos transdiagnósticos, la última década ha sido testigo de la aparición de diferentes protocolos transdiagnósticos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresivos (ej.: Craske, 2012 para una revisión) y de los trastornos de la conducta alimentaria (ej.: Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). Dichos protocolos, que sin duda ofrecen algunas ventajas importantes—balance entre planteamientos idiosincráticos y nomotéticos, focalización en procesos transdiagnósticos—, también pueden tener limitaciones (McManus, Shafran y Cooper, 2010), además de no disponer todavía de demasiadas evidencias sobre su equivalencia, en cuanto a eficacia, a los programas de tratamiento para el abordaje de trastornos específicos y, en ningún caso, pruebas de ser más eficaces que esta última opción terapéutica. Sin embargo, un aspecto muy relevante

por el que esta aproximación resulta tan atractiva es la mayor facilidad de formación de los profesionales y, por tanto, de diseminación.

Discusión

Nos hemos propuesto apuntar algunos de los temas que, desde nuestro punto de vista, constituyen grandes retos y necesidades en el ámbito de las intervenciones psicológicas en salud mental. Invertir en salud mental no es sólo una cuestión ética o social o una forma de aumentar el bienestar de las naciones, como recomendaba el World Happiness Report de 2013 de la OMS; es también una cuestión de sostenibilidad económica en los países desarrollados. Los economistas ya lo han advertido: no hay progreso sin salud mental (Bloom et al., 2011).

Por tanto, es necesario seguir avanzado en los conocimientos, entre otras cosas, sobre los ingredientes de cambio que dan razón de la eficacia de los tratamientos psicológicos y en diseñar, desarrollar y someter a prueba nuevas formas de intervención y de administración de esos tratamientos, con el fin de incrementar su eficacia, su efectividad y su eficiencia. El objetivo es poder llegar a millones de personas que necesitan ayuda y no la reciben o, si la reciben, no siempre se les ofrece de la manera más adecuada. Para lograrlo, Holmes et al. (2014) han hecho una llamada al trabajo conjunto e interdisciplinar. Nosotros también defendemos la necesidad de crear debates constructivos que generen sinergia y colaboración entre diferentes profesionales y especialistas. Es necesario seguir trabajando para mejorar nuestros tratamientos, pero también contar con políticas y directrices adecuadas. Por ello resulta prioritario colocar la salud mental en el debate público y reflexionar, además de hablar y contar con todos los agentes implicados. Sin duda, un grupo fundamental de esos agentes son los propios pacientes y sus familiares. Ellos son quienes desgraciadamente sufren las consecuencias más importantes de padecer un trastorno mental.

Extended Summary

The prevalence of mental disorders is reaching alarming proportions. Since mental health is one of the most neglected areas in the field of health, the need to promote research in this area is of great concern. In a previous article (Tortella-Feliu et al., 2016), we have emphasized that gaining better understanding of the factors related to the emergence and maintenance of psychopathology and the determinants of psychological well-being is essential for making progress in mental health care, since psychopathological models are the theoretical and conceptual foundations of psychological interventions. The present paper is aimed at providing our outlook on the main foci for research and clinical practice in the field of psychological treatments. Although we have made significant progress in the development of preventive tools and in the efficacy of the psychological treatments especially, we are still far from being in an optimal situation. This paper focuses on two major issues which we consider fundamental challenges and needs in this area: (a) the need for improving and promoting prevention, early intervention, and the promotion of mental health and (b) the need for greater dissemination of effective psychological treatments, the development of new interventions, and greater understanding of the mechanisms of action of psychological treatments. Our aim is to promote discussion among all those involved in mental health care and debate on the lines we think should be prioritized.

Prevention, Early Intervention, and Promotion of Psychological Wellbeing

Although prevention programs in health care have proven successful in reducing many physical illnesses, little work has been done on the prevention of mental disorders. While new

approaches have been gaining influence, research in this area is still in its nascent stage and extension of these programs to the general population remains low.

There are many who claim that the only way to substantially reduce the costs associated with the high prevalence and harmful consequences of mental disorders is by improving and extending preventive interventions (ej.: Jacka et al., 2013). Yet, prevention should not be limited to acting on potential risk factors, but also on the promotion of aspects of strength and resilience that serve as protective factors against the possible development of mental disorders (Davis & Suveg, 2014; Vázquez & Hervás, 2009) and which play an important role in the promotion of psychological wellbeing (not only in the absence of disease). The conceptual and measurement tools provided by positive psychology allow us to operationalize the notion of understanding mental health as the optimal development of the capacities of individuals and communities. The idea of promoting psychological strengths (Peterson & Seligman, 2004) and defining and evaluating psychological wellbeing with a solid perspective (Hervás & Vázquez, 2013) can help overcome the shortcomings of traditional models of health and illness. These concepts have already begun to have an influence on public health policies in cases such as that of "Equal Minds" by Scottish government (Myers et al., 2005), which defines the idea of resilience as the backbone of its plan.

Psychological Treatments

In this section we will cover the two, in our opinion, greatest difficulties we face in our practice.

Lack of Dissemination of Effective Psychological Treatments

Although there is ample evidence on the effectiveness of various psychological treatments for different mental disorders, such interventions are commonly underused. The issue is especially problematic when a very high percentage of patients do not receive the most appropriate treatment for their problem. What could be the reasons for this phenomenon?

- It could be that treatments that have proved to be effective in controlled trials did not turn out to be effective in daily clinical practice. However, the evidence seems to indicate that this is not so and that levels of effectiveness are equivalent in most indicators (ej.: Cahill et al., 2010).
- Another reason could be ineffective policies to increase the awareness of effective treatments. It is likely that information regarding novel treatments and their clinical implications has not arrived to those for whom it may be of interest.
- This lack of knowledge may be due to inadequate training of students and professionals in both the conceptual and procedural implementation of treatment models which are supported by research.
- It could also be that certain beliefs by clinicians are not entirely well founded (Lilienfeld et al., 2013). These beliefs may be related to the rejection of the very concept of promoting empirically supported treatments. This rejection is often associated with methodological reservations, positions which contrast with long-held diagnostic assumptions or, more generally, the idea that the excessive mechanization of interventions leads to an alleged loss of individualization when providing treatments which override clinical judgment.
- The belief that patients may also play a role in the poor dissemination of effective treatments. It has been suggested that a lack of knowledge within the lay public regarding mental health and psychological disorders can be a barrier to the proper implementation of treatments which are supported by research

if these do not correspond to the patients' implicit beliefs (Jorm, 2000).

- f. Finally, the fact that not all patients receive the best intervention for their needs may be because these treatments are not available from their health care provider because of administrative reasons. Effective psychological treatments can hardly reach those in need in the population if the number of health professionals, such as clinical psychologists, in the health care network is low (as is the case in our country). It may also be that health professionals have not had the opportunity to receive adequate training to properly implement effective psychological treatments. Beyond that, the widely held belief that all psychological treatments require a direct (face-to-face) therapeutic relationship with a clinician for a relatively long period of time can prevent treatment from reaching those who are most in need, especially when one considers the high costs involved in using this approach. This type of high-intensity treatment, which undoubtedly is absolutely necessary for some disorders and for those with more severe symptoms, are not always more effective—and often much less efficient—than other *low-intensity* interventions (e.g., psycho-education, guided self-help, e-health, m-health, etc.) for certain types of psychopathology (Kazdin & Rabbitt, 2013). This approach, known as the phased approach to treatment, is one of the most prominent and successful initiatives in this area (NICE, 2011) and could very well facilitate more widespread access to effective treatments.

It is worth noting the progress in the development of e-health and m-health for dispensing health care services. However, in the case of mental health, despite the enormous potential of using technologies for dispensing psychological interventions, (e.g., Cuijpers et al., 2009), the implementation of technological tools for dispensing treatment faces many barriers in our country, at both an administrative and economic levels, as well as by clinicians and patients.

The "Impasse" in Psychological Treatments

Although there is a considerable number of effective treatments for many mental disorders, the field seems to have reached a point of "therapeutic impasse" (McNally, 2007) in that, in recent years, research has not led to increased levels in the effectiveness of extant options, nor has it brought about new treatments. It therefore seems appropriate that both research and technological resources be directed to areas that could potentially break us out of this therapeutic impasse, both in relation to increasing the effectiveness of psychological interventions in areas where it's already effective, as well as towards developing more interventions for those problems in psychological treatments that are not entirely effective. In this paper, we focus on four possible routes.

- a. Firstly, further analysis of the moderating (individual differences) and mediating (factors acting on techniques to bring the final result) factors of psychological intervention techniques (e.g. Dimidjian & Hollon 2011; Holmes et al., 2014) is required. This involves promoting studies on predictors of treatment outcome and understanding the processes/mechanisms of change rather than, or in addition to, focusing solely on outcome (efficacy). There probably exists a certain degree of abuse with regard to "intervention packages" that are not able to determine the specific impact of their active elements (dismantling approach) or the required dose (intensity, frequency, etc.) of each component, and ignore the impact of individual differences in dispositional and situational variables.
- b. Another approach targets processes which are common to different specific psychological disorders, which have been

isolated as being particularly relevant to the establishment or maintenance of such changes (e.g., cognitive biases in emotional disorders, or processing modes, such as overgeneralizing memories or excessive rumination in depressive and anxiety disorders). However, these innovative attempts offer limited efficiency, at least in the case of procedures that have been used thus far (e.g., Cristea et al., 2015; Duque, López-Gómez, Blanco y Vázquez, 2015). The growing attention that has been given to training patients in mindfulness has shown to be promising and there exists great interest as to what processes and mechanisms of these practices are (Gu et al., 2015). In this sense, the degree to which one identifies, or does not identify, with one's thoughts would be a relevant trans-diagnostic variable for different mental disorders and could be sensitive to psychological treatment (Soler et al., 2014).

- c. In the same vein to the idea that there exist therapeutic targets which are common to several specific psychological disorders, various authors have strongly argued for the need to transfer knowledge from the field of cognitive-affective and behavioral neuroscience to the design of more effective psychological treatments (e.g., Holmes et al., 2014). There is also a scarcity of knowledge on how psychological treatments work through the changes in brain function and other potential biomarkers.
- d. The last decade has witnessed the emergence of different trans-diagnostic protocols for the treatment of anxiety disorders, depression, and eating disorder (e.g., Fairburn et al., 2003). These protocols, which certainly offer some important advantages, may also have limitations and there is still little evidence as to their efficacy when compared to treatment programs for addressing specific disorders, with no cases so far proving to be more effective than the latter.

We intend to target some of the issues that, in our view, constitute major challenges and needs in the field of psychological interventions in mental health. Investing in mental health is not just an ethical or social issue, or a way to increase the welfare of nations, as recommended by the World Happiness Report 2013 by the WHO, it is also a question of economic sustainability in developed countries. Economists have already warned: there can be no progress without health.

It is therefore necessary to further advance our knowledge on, among other things, the ingredients of change that demonstrate the effectiveness of psychological treatments, and to design, develop, and test new forms of interventions in order to enhance their efficiency and effectiveness. The goal is to be able to reach millions of people who need help and do not receive it, or in cases of those who do receive care, to ensure that their care is the most appropriate. In order to achieve this, Holmes et al. (2014) called for joint and interdisciplinary work. We also defend the need for a constructive debate which generates synergies and collaboration between different professionals and specialists. As such, we hope to make mental health a priority in the public debate and to count on the participation of all those who are involved.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio Español de Economía y Competitividad (MINECO), a través de la Red de Excelencia PROMOSAM financiada por el MINECO (PSI2014-56303-REDT).

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Agüera, L. F., Reneses, B. y Muñoz, P. (1996). *Enfermedad mental en atención primaria*. Madrid: Flax.
- Ahn, W., Proctor, C. C. y Flanagan, E. H. (2009). Mental health clinicians' beliefs about the biological, psychological, and environmental bases of mental disorders. *Cognitive Science*, 33, 147–182.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (2011). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas* (2ª edición actualizada). Madrid: Alianza Editorial.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 483–524.
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S. y ... Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Ginebra: World Economic Forum.
- Cahill, J., Barkham, M. y Stiles, W. B. (2010). Systematic review of practice-based research on psychological therapies in routine clinic settings. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 421–453.
- Castellnuovo, G. (2010). Empirically supported treatments in psychotherapy: Towards an evidence-based or evidence-biased psychology in clinical settings? *Frontiers in Psychology*, 1(27)
- Chase, J. A. (2013). Physical activity interventions among older adults: a literature review. *Research and Theory in Nursing Practice*, 27, 53–80.
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 375–384.
- Conwell, Y. (2014). Suicide later in life: challenges and priorities for prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(Suppl 2), S244–S450.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29, 749–753. <http://dx.doi.org/10.1002/da.21992>
- Cristea, I. A., Kok, R. N. y Cuijpers, P. (2015). Efficacy of cognitive bias modification interventions in anxiety and depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 206, 7–16. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.146761>
- Cuijpers, P., Marks, I., van Straten, A., Cavanagh, K. y Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 66–82. <http://dx.doi.org/10.1080/16506070802694776>
- Davis, M. y Suveg, C. (2014). Focusing on the Positive: A Review of the Role of Child Positive Affect in Developmental Psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(2), 97–124. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-013-0162-y>
- Department of Health (2008). *IAPT Implementation Plan: National Guidelines for Regional Delivery*. Recuperado de <http://www.iapt.nhs.uk>.
- DeRubeis, R. J., Cohen, Z. D., Forand, N. R., Fournier, J. C., Gelfand, L. A. y Lorenzoluaces, L. (2014). The Personalized Advantage Index: translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLoS One*, 9(1) <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0083875>
- DiClemente, C. C., Schlundt, D. y Gemmill, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13, 103–119.
- Dimidjian, S. y Hollon, S. D. (2011). Introduction. Special Issue. What can be learned when empirically supported treatments fail? *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 303–305. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00027>
- Duque, A., López-Gómez, I., Blanco, I. y Vázquez, C. (2015). Modificación de Sesgos Cognitivos (MSC) en depresión: Una revisión crítica de nuevos procedimientos para el cambio de sesgos cognitivos. *Terapia Psicológica*, 33(2), 103–116. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200005>
- Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S. y Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy*, 43, 450–464. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.003>
- Fairburn, C., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., ... Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1–2), 9–20.
- García-Campayo, J., Cebolla, A. y Baños, R. M. (2014). Trastornos de conducta alimentaria y atención primaria: el desafío de las nuevas tecnologías. *Atención Primaria*, 46, 229–230.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R. y Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Herrera-Mercadal, P., Montero-Marín, J., Plaza, I., Medrano, C., Andrés, E., López-Del-Hoyo, Y., ... García-Campayo, J. (2015). The efficacy and pattern of use of a computer-assisted programme for the treatment of anxiety: A naturalistic study using mixed methods in primary care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 175, 184–191. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.060>
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(66). <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-11-66>
- Holmes, E. A., Craske, M. G. y Graybiel, A. M. (2014). Psychological treatments: A call for mental-health science. *Nature*, 511(7509), 287–289.
- Insel, T. R. (2009). Translating scientific opportunity into public health impact: A strategic plan for research on mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 66, 128–133.
- Jacka, F. N., Reavley, N. J., Jorm, A. F., Toumbourou, J. W., Lewis, A. J. y Berk, M. (2013). Prevention of common mental disorders: What can we learn from those who have gone before and where do we go next? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 920–929.
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., Retrew, D. C. y Boardman, S. (2015). Positive psychiatry: Its time has come. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(6), 675–683. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.14nr09599>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396–401.
- Kazdin, A. E. y Rabbitt, S. M. (2013). Novel models for delivering mental health services and reducing the burdens of mental illness. *Clinical Psychological Science*, 1, 170–191. <http://dx.doi.org/10.1177/2167702612463566>
- Kinderman, P. (2014). *A prescription for Psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and wellbeing*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Kingdon, D. (2013). A golden age of discovery. *British Journal of Psychiatry*, 202, 394–395. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.125039>
- Layard, R. y Clark, D. (2014). *Thrive: The Power of Evidence-based Psychological Therapies*. London, England: Allen Lane.
- Latorre, J. M., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J. M., Wood, C. y Cano, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: un problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37–45.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L. y Litzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883–900. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. y Phelan, J. C. (2011). Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621–1626.
- McManus, F., Shafran, R. y Cooper, Z. (2010). What does a 'transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 491–505.
- McNally, R. J. (2007). Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 27, 750–759.
- Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M. y Deacon, B. J. (2014). Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 54(1), 49–53.
- Myers, F., McCollam, A. y Woodhouse, A. (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being. Addressing Mental Health Inequalities in Scotland. Equal Minds*. Edinburgh: Scottish Executive. www.gov.scot/Resource/Doc/76169/0019049.pdf
- NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Commissioning stepped care for people with common mental health disorders*. Recuperado de www.nice.org.uk/guidance/cmg41
- Pechtell, P. y Pizzagally, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214, 55–70. <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-010-2009-2>
- Peterson, R. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character, Strengths, and Virtues. A Handbook and Classification*. Washington, DC: APA Press and Oxford University Press.
- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M. y van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression—the patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*, 28, 1038–1058.
- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García-Campayo, J. y Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 52–58.
- Santucci, L. C., McHugh, R. K. y Barlow, D. H. (2012). Introduction to a special section: Direct-to-consumer marketing of evidence-based psychological interventions. *Behavior Therapy*, 43, 231–235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.07.003>
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., García-Campayo, J., Tejedor, R., ... Portella, M. J. (2014). Assessing Decentering: Validation, Psychometric Properties, and Clinical Usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish Sample. *Behavior Therapy*, 45, 863–871.
- Soler, J., Trujols, J., Pascual, J. C., Portella, M. J., Barrachina, J., Campins, J. y Pérez, V. (2008). Stages of change in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 417–426.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J. y Vázquez, C. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, 27, 37–43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 295–315.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N. y Boerscu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 163, 148–150. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.148>