

La predicción en psiquiatría

J. Muñoz Ruata*

RESUMEN

La predicción en psiquiatría es un tema que encierra dentro de sí otros temas tan controvertidos como el juicio clínico, la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, la validez de las entidades nosológicas psiquiátricas y la desorientación en la estadística a causa de la falta de teorías psiquiátricas coherentes. En este trabajo se estudian y comparan dos formas fundamentales de predicción: la predicción estadística y la predicción clínica. En general, se comprueba la mayor validez de la predicción estadística, al menos en apariencia, según los resultados de los trabajos revisados. Sin embargo, cada tipo de predicción tiene unas aplicaciones precisas según las circunstancias, por lo que el óptimo de precisión predictiva se obtiene con la combinación de ambos métodos. Aparte de desmentir ideas preconcebidas, la exposición puede servir como guía para abordar un estudio más profundo del tema.

La predicción en psiquiatría

Una parte importante del trabajo de los psiquiatras y psicólogos clínicos consiste en examinar signos, síntomas o tests psicológicos con el fin de responder a una serie de cues-

tiones que se les plantean en la práctica diaria y que según sean respondidas van a implicar un tipo u otro de atención al paciente.

Para Sines³⁰ en el trabajo clínico cotidiano al clínico se le plantean cinco cuestiones fundamentales:

1. Quién es realmente candidato a su actuación profesional en el futuro.
2. Qué rasgos del paciente son de relevancia clínica o social.
3. Aspectos concretos de un sujeto, como la homosexualidad, el suicidio, la posibilidad de un brote psicótico o de un acto agresivo.
4. Clasificar al paciente en alguna categoría diagnóstica.
5. Responderá el paciente a un determinado régimen de tratamiento.

Cuestiones como detectar quién es realmente candidato a la asistencia psiquiátrica o quién podrá mejorar su conducta maladaptativa, tienen especial resonancia en una sociedad en la que la demanda de atención psiquiátrica a menudo parece ilimitada en relación con los medios asistenciales de que se dispone.

En el terreno clínico, las predicciones de más interés, tanto para el médico como para el paciente son evidentemente las que hacen referencia al desenlace de la enfermedad a través de la eficacia de los diversos tratamientos posibles.

Como veremos en el presente trabajo, el diagnóstico clínico en psiquiatría no tiene la validez que cabría esperar para responder a muchas cuestiones fundamentales.

Formas de predicción

Ordinariamente es el clínico quien obtiene la información con

significación diagnóstica, integrándola después para poder decidir un diagnóstico, el posible comportamiento futuro o las posibilidades terapéuticas en un determinado paciente o grupo.

Se han realizado algunos intentos para establecer la lógica que sigue al proceso del juicio clínico, tales como los de Hoffman¹⁰, Hammond, Hirsch y Todd⁷, y Sabin, Toft y Dailey²⁷, sin embargo, no ha sido posible establecer unas reglas sobre el juicio clínico que sean aceptadas de una manera general, pues siempre aparecen aspectos altamente complejos y creativos que desbordan los intentos, hasta ahora realizados, para describir el juicio clínico mediante modelos preestablecidos.

En contraste los métodos estadísticos evalúan la significación de las variables predictoras en relación a un criterio de predicción y los combinan mediante reglas matemáticas estrictamente establecidas. La relación entre las variables predictoras y los criterios de predicción está empíricamente determinada a través de análisis anteriores.

Los dos métodos, el estadístico y el clínico, se diferencian ya en la selección de los datos. Que el clínico encuentre datos significativos o no depende muchas veces de su experiencia clínica, sensibilidad personal, marco teórico de referencia y habilidad personal para conducir la entrevista. Por lo tanto puede haber diferencias grandes de unos clínicos a otros. Igualmente podrá haber diferencias notables en la manera de integrar los datos para efectuar un juicio clínico.

En las formas de predicción estadística, las características de un paciente que genera un determinado patrón se consideran relaciona-

* Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

das con las características de todos los pacientes que anteriormente hubieran generado dicho patrón. En la predicción clínica la intuición y la sensibilidad del clínico juegan un papel importante en cuanto a establecer las características de un paciente concreto. La naturaleza y los relativos méritos de la predicción clínica y la predicción estadística han sido objeto de grandes controversias en la ciencia del comportamiento durante más de 50 años. Sin embargo, la significación de este problema y sus implicaciones en el campo de la psicología clínica no fueron ampliamente comprendidas hasta la publicación de Meehl¹⁷. En esta monografía, Meehl ofrece un análisis lógico de los dos tipos de predicción y propone conclusiones que desafían las clasificaciones psicodiagnósticas usadas aún en nuestros días.

En los años posteriores a esta monografía se ha estudiado mucho acerca de la predicción estadística, la predicción clínica y de sus méritos relativos en las diferentes situaciones en que pueden ser aplicadas.

Criterios de predicción

Gleser⁵ y Meehl²² han discutido que cuando se intenta responder a una cuestión especificada como ¿necesita una persona atención profesional? o ¿mejorará tal paciente con terapia electroconvulsiva?, hay que distinguir este tipo de predicción de otra tarea que suele ir asociada: estudiar la personalidad del paciente.

Para Gleser el primer problema de la predicción es fijar el criterio de predicción. Se entiende como criterio el conjunto de reglas o fórmulas que sirven para conseguir una predicción fiable.

Los clínicos habrán de recoger y evaluar la información necesaria —predictores— que permita establecer un criterio de predicción. Se supone que el clínico en la práctica diaria sabrá integrar directamente esta información y establecerá dicho criterio que podrá ser válido en mayor o menor medida.

Un problema particular se plantea cuando se trata de predecir las características de la estructura de la personalidad de un paciente. Aquí el clínico también selecciona y evalúa una serie de datos, pero en este tipo de predicción hay una gran dificultad para establecer un criterio fijo, que mantenga en el análisis de

casos sucesivos una precisión predictiva aceptable. Gleser llama a este último tipo de predicciones, "predicciones de criterio libre".

A menudo, se presupone que la validez de un criterio de predicción puede establecerse de una manera simple; sin embargo hay que reconocer que existen grandes dificultades en establecer criterios válidos en muchos de los problemas que se plantean en psicopatología.

Hay numerosos estudios sobre el acuerdo que pueda haber entre el juicio clínico de varios especialistas que ponen de manifiesto la variabilidad de estos criterios. Varios de estos estudios tales como los de Ash¹, Mehlman²⁵, Zigler y Phillips³⁵, afirman que muchos de los criterios habituales en psicopatología no son válidos a la hora de establecer un diagnóstico psiquiátrico. Sobre este asunto Hathaway⁸, Marks¹⁵ y Sines²⁹ han observado que se obtiene más precisión cuando las predicciones se basan en características personales, de las que previamente se ha establecido una validez predictiva por métodos estadísticos.

Selección de los datos de predicción

El clínico suele intentar realizar sus predicciones basándose en una gran variedad de datos; información diagnóstica que reúne a través de una detallada historia clínica la exploración psicopatológica, escalas de evaluación, cuestionarios de personalidad y tests proyectivos.

Es importante señalar que las clases de información que puede emplear el clínico no son en principio limitadas. Más aún, el clínico no necesita concretar o verbalizar conscientemente las premisas diagnósticas o predictoras que abstrae de la información clínica que está usando y a través de las cuales emitirá su juicio clínico.

En principio, aunque de hecho no sea así en muchos casos, los métodos de predicción estadística y los métodos clínicos pueden usar los mismos datos básicos. La diferencia fundamental es que los métodos estadísticos requieren datos claramente definidos y especificados, mientras que el clínico se ve obligado a evaluar un cierto número de señales sutiles que muchas veces sería incapaz de referir verbalmente.

Los diversos estudios que han comparado las formas de predicción

clínica y estadística como los de Cronbach y Gleser³, Lindzey¹⁴, Meehl^{17,24} y Sawyer²⁸ comprueban que incluso cuando se da a clínicos y a estadísticos una misma información, ésta es tratada de una manera tan distinta que las series de conclusiones hechas por ambos grupos apenas coinciden.

La información básica puede ser reunida clínica o mecánicamente. Meehl ha mantenido desde sus primeras publicaciones sobre este tema que, aunque las fuentes de datos pueden ser en un principio comunes tanto para los métodos clínicos como para los estadísticos, muchos parecen persistir en pensar que la predicción estadística sólo puede basarse en escalas de evaluación u otros procedimientos mecánicos mientras que la clínica usa fundamentalmente impresiones como datos.

El problema de cómo integrar datos con valor predictivo más eficientemente es tratado por Cronbach y Gleser³ y por Lindzey¹⁴. Según estos trabajos, cuando se trata de datos vagamente especificados encontrados en el área de la psicopatología, hoy por hoy el único recurso es el clínico. Sin embargo, cuando los datos están claramente definidos el análisis estadístico obtiene mayor precisión en las predicciones de la que pueda obtener un clínico, aunque los autores dejan claro que gran parte de los datos con valor predictivo solamente pueden ser obtenidos por el clínico y que éstos son utilizables en métodos estadísticos.

Predicción estadística

Varios han sido los modelos matemáticos utilizados en la predicción estadística. En un principio se utilizaron las ecuaciones de regresión lineal. Las variables supresoras (por ejemplo, la medida de una defensa que luego sumamos al factor que queremos medir) no añadieron la fiabilidad esperada a los cálculos predictivos. Un intento posterior ha sido el uso de las funciones parabólicas de segundo orden.

En una muestra determinada en la que los distintos modelos de predicción fueron probados hubo una tendencia a aumentar la predictividad, asociada a la complejidad de los modelos matemáticos. Sin embargo, cuando los mismos modelos fueron aplicados a una muestra independiente hubo una tendencia a

disminuir la predictividad, asociada a la complejidad de los modelos.

Un modelo complejo apropiado para una muestra particular, aunque sea incluso una gran muestra, puede resultar severamente limitado al generalizarlo a otras muestras.

En las relaciones complejas que puede haber entre variables con valor predictivo en una población, las expresiones matemáticas de alto orden podrían ser modelos apropiados, pero las teorías de la estructura de la personalidad no están suficientemente bien articuladas como para poder identificar las situaciones en las cuales estos modelos pueden ser aplicados³².

Los modelos para la combinación de datos empleados en estadística han llegado a ser matemáticamente óptimos y resultan mínimamente acumuladores de errores.

Basándose en este hecho se ha criticado la predicción clínica, arguyendo que en ninguna circunstancia el clínico puede esperar mejorar el óptimo matemático de la predicción estadística. El clínico es a lo más un computador de segunda clase.

Meehl¹⁷ ha concluido que el ordenador es incapaz de combinar los datos de una manera que exceda la capacidad teórica para predecir del clínico. En un intento de reconstruir la lógica de la predicción clínica, Meehl argumenta que los clínicos utilizan sus datos para inventar una hipótesis dinámico-estructural concerniente al estado de variables ciertas e hipotéticas de la personalidad del paciente.

Las relaciones involucradas en estas hipótesis son de tipo casual más que quebradas relaciones probabilísticas como las comprometidas en el análisis correlacional. Por tanto, suponiendo que la hipótesis dinámico-estructural del clínico sea verdadera en una instancia dada, la predicción del clínico puede en principio mejorar la predicción dada por un ordenador.

Representación paramórfica del juicio clínico

Aunque la manera en que los clínicos combinan sus datos no es conocida con precisión, el proceso del juicio puede ser descrito por lo que Hoffman¹⁰ ha llamado representaciones paramórficas.

En general, el proceso de juicio de los clínicos puede ser representado con un alto grado de precisión por

modelos lineales simples⁴. Aunque es posible que un clínico combine los datos de una manera compleja y configurativa, la experiencia ha sugerido que un modelo aditivo simple es todo lo necesario para representar matemáticamente el proceso de predicción del clínico.

Modelos automáticos paramórficos

Goldberg⁶ ha sugerido un ingenioso sistema que reúne la posibilidad de computer programas que tengan la fiabilidad de los métodos estadísticos y la habilidad de los modelos paramórficos que recogen las estrategias del juicio de los clínicos.

Al clínico se le pide que haga predicciones sobre una serie de casos. Sus estrategias son capturadas por modelos paramórficos. Si el razonamiento de Goldberg es correcto, la fiabilidad de las predicciones deben de sobrepasar a las del propio clínico, dado que el ordenador aplica los criterios con más rigor. Esto es lo que verdaderamente suele ocurrir. En el estudio de Goldberg los modelos obtenidos de los clínicos superaban a los propios clínicos en 25 de 29 comparaciones y en los 4 casos restantes la fiabilidad era esencialmente equivalente. El autor sugiere que este hecho, ahora bien establecido, puede tener interesantes aplicaciones prácticas.

Hay muchas, quizá demasiadas, situaciones clínicas en las cuales las relaciones entre predictores son simplemente desconocidas, por lo que la predicción estadística es imposible. Asumiendo que pudiéramos encontrar un experto cuyas predicciones clínicas tengan al menos alguna validez, su estrategia de evaluación puede ser capturada por un modelo paramórfico y ser tan válida como el juez mismo, posiblemente más, pero también más barata.

Predicción clínica versus predicción estadística

Para una evaluación propiamente científica de los dos métodos según sus méritos, es necesario diseñar estudios en los cuales todos los factores se mantengan constantes excepto el método de combinación de datos. Los mismos datos pueden ser dados a clínicos y a estadísticos y la precisión de sus pronósticos

puede ser estadísticamente evaluada.

En opinión de muchos trabajadores en este campo, ningún estudio ha demostrado convincentemente la superioridad de la predicción clínica sobre la estadística. En principio parece que los métodos estadísticos rinden más precisión.

Se ha encontrado trabajos que comparaban ambos tipos de predicción en diversas situaciones. Kleinmuntz¹³, por ejemplo, compara la precisión entre un grupo de clínicos expertos y los métodos estadísticos usando el MMPI para identificar los alumnos con desajustes emocionales en un colegio. Kleinmuntz¹³ desarrolló previamente una serie de reglas estadísticas para identificar desajustes emocionales a partir del Inventario Multifactorial de Personalidad de Minesota (MMPI).

De los 720 casos analizados se pudieron aplicar las reglas de Kleinmuntz en el 70 %. La precisión de la muestra analizada por los clínicos fue del 62 %, mientras que en los casos en que se pudieron aplicar las reglas de Kleinmuntz fue del 86 %. El mejor clínico tuvo una precisión del 70 %.

El autor concluye que la precisión basada en criterios estadísticos fijos es superior o al menos igual que el promedio de la precisión entre varios clínicos.

Otro estudio similar es el de Oskamp²⁶ en el que se compara la precisión predictiva de un grupo de clínicos con la de los criterios estadísticos de Meehl y Dahlsstrom²³ en el análisis comparativo de cien perfiles del Inventario Multifactorial de Personalidad de Minesota, pertenecientes a pacientes psiquiátricos, con otros cien de pacientes que acudían a consultas de medicina general.

Oskamp encontró que aplicando solamente los dos criterios estadísticos mejores se podía clasificar correctamente el 75 % de los perfiles. El grupo de clínicos experimentados clasificó correctamente el 72 % de los perfiles logrando el mejor juez el 73,6 %. Según estos resultados, los criterios estadísticos fueron al menos tan eficientes en seleccionar a los pacientes que requerían asistencia psiquiátrica como los clínicos.

Hiller y Nasving⁹, usando cuatro criterios y una fórmula simple para interpretar dibujos de la figura humana hechos por niños, lograron predecir correctamente su estado psicológico en el 79 % de los casos,

frente a una precisión que oscilaba entre el 57-73 % de los psicólogos que estudiaron esos mismos dibujos.

Predicción de la respuesta al tratamiento

Un estudio clásico sugiere que la respuesta al tratamiento electroconvulsivo en esquizofrénicos se podría predecir más acertadamente por métodos estadísticos que por métodos clínicos³⁴.

El autor preparó unas escalas de predicción y comparó su precisión con la del equipo médico. Los miembros del equipo médico tuvieron aciertos que oscilaban entre el 8 y el 81 %, estando el promedio del equipo en el 44 %. Las escalas elaboradas por el autor predijeron correctamente la respuesta al tratamiento con terapia electroconvulsiva en el 80 % de los pacientes.

Más recientemente, Wirt³³ compara la precisión para predecir mejorías en psicoterapia, mediante el análisis de perfiles del Inventario Multifactorial de Personalidad de Minesota (MMPI) por métodos estadísticos o por jueces expertos. Los jueces lograron un 54 % de aciertos. El análisis estadístico de los perfiles que incluían la escala, fuerza del ego de Barron² consiguió el 79 % de predicciones correctas.

Predicción de la duración de los ingresos

Johnston y Mc Neal¹² compararon las previsiones hechas por el personal clínico sobre la duración de las estancias en el hospital psiquiátrico con las realizadas por procedimientos estadísticos. Según estos autores, el equipo clínico acertó dentro de una aproximación convenida la duración de las estancias en el 71,9 % de los casos basándose en los datos obtenidos en las entrevistas de admisión al hospital. Los procedimientos estadísticos aplicados también en el momento de la admisión al hospital obtuvieron una precisión muy aproximada. Los autores señalan que los procedimientos estadísticos fueron más cómodos de aplicar y en principio más baratos, valorando el tiempo que este tipo de predicción podía costar a un clínico.

Predicción de los atributos específicos de personalidad

Lindzey¹⁴ hizo un estudio comparativo de la capacidad del Test de

Apercepción Temática, para predecir la homosexualidad en una prisión con la capacidad de dos clínicos expertos. Los clínicos obtuvieron una precisión del 60 al 80 %, mientras que el Test de Apercepción Temática sólo del 57 %. Otro juez analizó la homosexualidad entre los estudiantes prisioneros en el mismo centro, obteniendo un 95 % de aciertos, mientras que el análisis del test hecho como en el caso anterior con procedimientos estadísticos sólo obtuvo una precisión del 85 %.

Se observó que la precisión de ambos métodos era mayor entre prisioneros estudiantes que en la población reclusa general. Los resultados fueron aún peores al tratar de extrapolar ambos métodos a otros tipos de población. Como puntualizó Meehl²⁴ no se puede extrapolar un criterio de predicción fuera de la población en la cual ha sido obtenido, sin que pierda capacidad de predicción.

Sawyer²⁸ clasificó 51 trabajos que cubren gran variedad de situaciones de predicción, incluyendo éxitos en la vida académica o militar tanto como aparición de una psicosis o diagnóstico médico. El autor dividió los estudios según el tipo de datos empleados: los que requerían el juicio humano para ser recogidos, los que no lo requerían o sistemas mecánicos y los casos en los que se daban ambas circunstancias a la vez. En el análisis de Sawyer la combinación estadística de los datos fue superior sin tener en cuenta su naturaleza. En general, los datos mecánicos rendían mejor predicción que los datos que requerían el juicio humano. Sin embargo, la mejor predicción surgía de la combinación de ambos tipos de datos. Esto subraya la importancia del clínico como sensible instrumento de medida. En el dominio de la observación clínica y de la formación de hipótesis el ordenador no es más que un auxiliar de segunda clase.

Conclusiones

1. Es necesario establecer métodos de predicción fiables en la actuación psiquiátrica.

2. Las formas fundamentales de predicción son la estadística y la clínica; ambas pueden basarse en los mismos tipos de datos, aunque hay muchos datos que sólo pueden ser recogidos por clínicos.

3. Las formas estadísticas son de mejor rendimiento si se dispone de

datos claramente especificados y definidos.

4. Las formas clínicas son las únicas aprovechables cuando los datos no cumplen estas condiciones.

5. Es posible imitar el juicio clínico con modelos matemáticos con igual o mejor rendimiento predictivo que el del propio clínico.

6. Faltan teorías estructuradas que proporcionen criterios para la predicción clínica y que orienten los estudios de análisis correlacional entre variables con posible capacidad predictiva.

7. La mayor precisión predictiva se obtiene de la combinación de los dos métodos; el estadístico y el clínico.

Bibliografía

1. Ash P. *The reliability of psychiatric diagnosis*. Journal of abnormal and social psychology 44, 272-6, 1949.
2. Barron. *An ego strength scale which predicts response to psychotherapy*. Journal of consulting psychology 17, 237-333, 1953.
3. Cronbach LJ y Gleser GC. *Psychological tests and personnel decisions*. University of Illinois Press, Urbana, 1965.
4. Dawes RM y Corrigan B. *Linear models in decision making*. Psychological Bulletin 81, 95-106, 1974.
5. Gleser GC. *Projective methodologies*. Annual Review of Psychology 14, 391-422, 1963.
6. Goldbreg LR. *Man versus model of man*. Psychological Bulletin 73, 422-432, 1970.
7. Hammond KR, Hursch CJ y Todd FJ. *Analyzing the components of clinical inference*. Psychological Review 71, 438-56, 1964.
8. Hathaway SR. *Clinical intuition and inferential accuracy*. Journal of personality 24, 223-250, 1956.
9. Hiller EW y Nesving D. *An evaluation of criteria used by clinicians to infer pathology from figure drawings*. Journal of Consulting Psychology 29, 520-529, 1965.
10. Hoffman PJ. *The paramorphic representation of clinical judgement*. Psychological Bulletin 57, 116-131, 1960.
11. Johnston R y McNeal BF. *Combined MMPI and demographic data in predicting length of neuropsychiatric hospital stay*. Journal of Consulting Psychology 28, 64-70, 1964.
12. Johnston R y McNeal BF. *Statistical versus clinical prediction: length of neuropsychiatric hospital stay*. Journal of Abnormal Psychology 72, 335-340, 1967.

13. Kleinmuntz B. *MMPI decision rules for the identification of college maladjustment: a digital computer approach*. Psychological Monographs 77, 14, 577, 1963.
14. Lindzey G. *Seer versus sign*. Journal of Experimental. Research in Personality I, 17-26, 1965.
15. Marks PA. *An assesment of the diagnostic process in a child guidance setting*. Psychology Monographs 75, 3, 507, 1961.
16. Meehl PE. *Profile analysis of the MMPI in differential diagnosis*. Journal of Applied Psychology 30, 517-524, 1946.
17. Meehl PE. *Clinical versus Statistical prediction*. University Minnesota Press, Minneapolis, 1954.
18. Meehl PE y Rosen A. *Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores*. Psychological Bulletin 52, 194-216, 1955.
19. Meehl PE. *Wanted a good cookbook*. American Psychologist II, 263-272, 1956.
20. Meehl PE. *When Shall we use our heads instead of the formula?* Journal of Counseling Psychology 4, 268-273, 1957.
21. Meehl PE. *A comparison of clinicians with five statistical methods of identifying psychotic MMPI profiles*. Journal of Counseling Psychology 6, 102-109, 1959.
22. Meehl PE. *The cognitive activity of the clinician*. American Psychologist 15, 19-27, 1960.
23. Meehl PE y Dahlstrom WG. *Objective configural rules for discriminating psychotic from neurotic MMPI profiles*. Journal of Consulting Psychology 24, 375-387, 1960.
24. Meehl PE. *Seer over sign: the first good example*. Journal of Experimental Research in Personality I, 27-32, 1965.
25. Mehlman B. *The reliability of psychiatric diagnoses*. Journal of Abnormal and Social Psychology 47, 557-578, 1952.
26. Oskamp S. *The relationship of clinical experience and training methods to several criteria of clinical prediction*. Psychological Monographs 76, 28, 547, 1962.
27. Sarbin TR, Taft R y Bailey DE. *Clinical Inference and Cognitive Theory*. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1960.
28. Sawyer J. *Measurement and prediction clinical and actuarial*. Psychological Bulletin 66, 178-200, 1966.
29. Sines JO. *Actuarial methods in personality assesment*. En "Progress in Experimental Personality Research". Volume 3. Editado por Maher BA. Academic Press, New York 1966.
30. Sines JO. *Actuarial versus clinical prediction in psychopathology*. British Journal of Psychiatry 116, 129-144, 1970.
31. Taff J. *The ability to judge people*. Psychological Bulletin 52, 1-23, 1955.
32. Wiggins JS. *Clinical and statistical prediction*. International Encyclopedia of Psychiatry. Aesculapius. New York 1977, pp. 181-185.
33. Wirt RD. *Actuarial prediction*. Journal of Consulting Psychology 20, 123-124, 1956.
34. Wittman P. *A scale for measuring prognosis in schizophrenic patients*. Elgin Papers 4, 20-33, 1941.
35. Zigler E y Phillips L. *Psychiatric diagnosis: a critique*. Journal of Abnormal and Social Psychology 63, 607-618, 1961.

PREDICTION IN PSYCHIATRY

Summary

Prediction in Psychiatry is a subject which involves other controversial subjects as the clinical judgements, the reliability of the psychiatric diagnostic, the validity of the psychiatric entities, and the disorientation in the statistics due to the lack of coherent psychiatric theories. In this work two fundamental ways of prediction are studied and compared: the statistical prediction and the clinical prediction. In general the greater validity of the statistical predictions is confirmed, at least in appearance, according to the results of the revised works. However each kind of prediction has its precise applications, depending of the circumstances, therefore obtaining the best predictable accuracy by the combination of the both methods. Besides the denying preconceived ideas, the exposition can serve as a guide to tackle a deeper study of this subject.



EUNSA
EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S. A.

Plaza de los Sauces, 1 y 2 - Apdo. 396. Tel. (948) 256850
Barañain - PAMPLONA (España)

AVISO IMPORTANTE PARA LOS LECTORES

Si desea adquirir alguno de los LIBROS que componen el Catálogo General de EUNSA y que se anuncian en este mismo ejemplar de la Revista, puede formalizar el boletín que se adjunta y remitirlo a nuestra dirección.

✂

APELLIDOS _____	NOMBRE _____
ESPECIALIDAD _____	
CALLE _____	NUM. _____
POBLACION _____	DISTRITO POSTAL _____
PROVINCIA _____	PAIS _____

Deseo recibir los siguientes títulos, cuya forma de pago abajo indico.

Solicito suscribirme a la colección cultural de libros de bolsillo TEMAS NT (diez títulos consecutivos), del n.º _____ al n.º _____

Deseo recibir información o/y catálogos de _____

FORMAS DE PAGO

RECIBO BANCO (BANCO _____ AGENCIA _____ N.º CUENTA _____)

REEMBOLSO

GIRO POSTAL (NUM. _____ FECHA _____)

TRANSFERENCIA BANCARIA