

Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

J. M. Vega-Dienstmaier***; G. Mazzotti Suárez*** y M. Campos Sánchez**

* Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi». ** Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Validation of a Spanish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale

Resumen

Introducción. El objetivo del estudio es validar una traducción al español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en mujeres peruanas que han dado a luz hace menos de un año.

Metodología. Se aplicó la EPDS y la sección del SCID para diagnosticar depresión mayor según criterios del DSM-IV a 321 mujeres que estaban dentro del primer año postparto.

Resultados. Se encontró que el punto de corte óptimo de la EPDS para la población estudiada era 13,5; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47% para el diagnóstico de depresión mayor. Ninguna mujer con puntuación menor de 7,5 tuvo depresión mayor (sensibilidad y valor predictivo negativo 100%). Se halló un coeficiente de correlación de 0,4478 entre la puntuación de la EPDS y el número de síntomas del criterio A de depresión mayor del DSM-IV. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,7043. Los ítems que tuvieron mayor poder predictivo para depresión postparto fueron los referidos a preocupación, capacidad para afrontar problemas, pánico, llanto y optimismo.

Conclusiones. La versión en español de la EPDS funciona adecuadamente en mujeres peruanas.

Palabras clave: depresión, postparto, escalas, psicometría, Perú.

Summary

Introduction. The objective of this study is to validate a version in Spanish of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Peruvian women with less than 1 year of delivery.

Method. We administered the EPDS and the SCID section for diagnosis of major depression according to DSM-IV criteria to 321 women within the first year of postpartum.

Results. We found that the optimum cut-off score of the EPDS for the studied population was 13.5. With this value the sensitivity was 84.21% and the specificity 79.47% for diagnosis of major depression. No woman with score lower than 7.5 had major depression (sensitivity and negative predictive value were 100%). The correlation coefficient between the EPDS score and the number of criterion A symptoms for major depression according to DSM-IV was 0.4478. The Cronbach's alpha coefficient was 0.7043. The items that had more predictive power for postpartum depression were those regarding worries, ability to cope, panic, cry and optimism.

Conclusions. The version in Spanish of the EPDS performed adequately in Peruvian women.

Key words: depression, postpartum, scales, psychometrics, Perú.

INTRODUCCIÓN

Las escalas usadas comúnmente para evaluar depresión toman en cuenta varios síntomas físicos que pueden presentarse en este trastorno. Durante el puerperio las mujeres pueden tener molestias somáticas originadas por cambios fisiológicos esperados que ocurren luego

del parto, las cuales podrían limitar el uso de las escalas de depresión tradicionales en este período¹⁻³. De este modo aparece la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* o EPDS) desarrollada por Cox et al¹. Existen muchos trabajos que usan esta escala para evaluar depresión postparto y se han realizado estudios de validación de la EPDS en diversas partes del mundo. Algunos de éstos encuentran que la EPDS tiene una mayor capacidad para identificar depresión postnatal que la *Inventario de Beck*⁴ y la *Hospital Anxiety and Depression Scale*⁵.

El objetivo de la presente investigación es evaluar el funcionamiento de una traducción al español de la EPDS.

CORRESPONDENCIA:

J. M. Vega-Dienstmaier

Av. Pardo 1142-702

Lima 18, Perú.

Correo electrónico: jvegad@amauta.rcp.net.pe

TABLA 1. Puntuaciones de la EPDS en pacientes sin depresión, con depresión menor y con depresión mayor

Grupo	N	EPDS	DE	p (*)
Sin depresión	280	9,92	4,14	Referencia
Depresión menor	22	14,14	2,27	< 0,001
Depresión mayor	19	16,32	3,89	< 0,001

* Prueba de la «t» de Student.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima-Perú) con 321 mujeres que tenían menos de 365 días postparto y que acudieron a los consultorios de Planificación Familiar o llevaron a sus hijos a su control pediátrico. Se excluyó a mujeres analfabetas o que tenían dificultades para comunicarse con el entrevistador (por hablar otro idioma o presentar problemas neurológicos, auditivos o del habla). Las voluntarias firmaron un consentimiento informado aceptando formar parte de la investigación.

A las participantes se les aplicó una traducción al español de la EPDS y la sección para el diagnóstico de epi-

sodio depresivo mayor de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV* o SCID)⁶. Los ítems de la EPDS hacen referencia a los siguientes aspectos: capacidad para disfrutar de las cosas (ítem 1), optimismo respecto al futuro (ítem 2), sentimientos de culpa (ítem 3), nerviosismo o preocupación (ítem 4), ataques de pánico (ítem 5), capacidad para afrontar los problemas (ítem 6), insomnio (ítem 7), tristeza (ítem 8), llanto (ítem 9) y tendencias a la autoagresión (ítem 10). El SCID incluye la evaluación de nueve síntomas depresivos: ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, cambios del apetito, disturbios del sueño, alteraciones psicomotoras, cansancio, autoestima/culpa, problemas para pensar, concentrarse o decidirse, e ideaación suicida. Para diagnosticar depresión debe estar necesariamente presente alguno de los dos primeros síntomas (ánimo deprimido, o pérdida de interés o placer). La depresión mayor requiere en total cinco o más síntomas; la depresión menor, de dos a cuatro.

RESULTADOS

Las mujeres estudiadas tenían 25,05 años de edad (DE = 5,44) y 10,99 años de instrucción (DE= 2,04). El 87,2% de las participantes eran casadas o convivientes; 58,3%

TABLA 2. Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo para cada punto de corte de la EPDS. Para el caso de la sensibilidad y la especificidad, a la derecha del valor está el intervalo de confianza correspondiente al 95%

Punto de corte	% por debajo	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)
0,5	0,31	100 (82,4-100)	0,33 (0,00839-1,83)	5,94	100
1,5	1,56	100 (82,4-100)	1,66 (0,54-3,82)	6,01	100
2,5	3,74	100 (82,4-100)	3,97 (2,07-6,84)	6,15	100
3,5	6,23	100 (82,4-100)	6,62 (4,09-10,0)	6,31	100
4,5	9,35	100 (82,4-100)	9,93 (6,80-13,9)	6,53	100
5,5	12,15	100 (82,4-100)	12,91 (9,13-16,7)	6,74	100
6,5	17,76	100 (82,4-100)	18,87 (14,5-23,3)	7,20	100
7,5	23,99	100 (82,4-100)	25,50 (20,6-30,4)	7,79	100
8,5	31,15	94,74 (74,0-99,9)	32,78 (27,5-38,1)	8,14	99
9,5	42,37	89,47 (66,9-98,7)	44,37 (38,8-50,0)	9,19	98,53
10,5	48,91	89,47 (66,9-98,7)	51,32 (45,7-57,0)	10,37	98,73
11,5	60,12	89,47 (66,9-98,7)	63,25 (57,8-68,7)	13,28	98,96
12,5	68,54	89,47 (66,9-98,7)	72,19 (67,1-77,2)	16,83	99,09
13,5	75,70	84,21 (60,4-96,6)	79,47 (74,9-84,0)	20,51	98,77
14,5	81,93	73,68 (48,8-90,9)	85,43 (81,5-89,4)	24,14	98,10
15,5	86,92	57,89 (33,5-79,7)	89,74 (86,3-93,2)	26,19	97,13
16,5	89,10	47,37 (24,4-71,1)	91,39 (87,6-94,3)	25,71	96,50
17,5	93,46	36,84 (16,3-61,6)	95,36 (92,3-97,4)	33,33	96
18,5	95,64	31,58 (12,6-56,5)	97,35 (94,8-98,8)	42,86	95,77
19,5	97,20	15,79 (3,38-39,6)	98,01 (95,7-99,3)	33,33	94,87
20,5	97,82	15,79 (3,38-39,6)	98,68 (96,6-99,6)	42,86	94,90
21,5	98,44	15,79 (3,38-39,6)	99,34 (97,6-99,9)	60	94,94
22,5	99,38	0 (0-17,6)	99,34 (97,6-99,9)	0	94,04
23,5	99,69	0 (0-17,6)	99,67 (98,2-100)	0	94,06
24,5	99,69	0 (0-17,6)	99,67 (98,2-100)	0	94,06
25,5	100	0 (0-17,6)	100 (98,8-100)	—	94,08

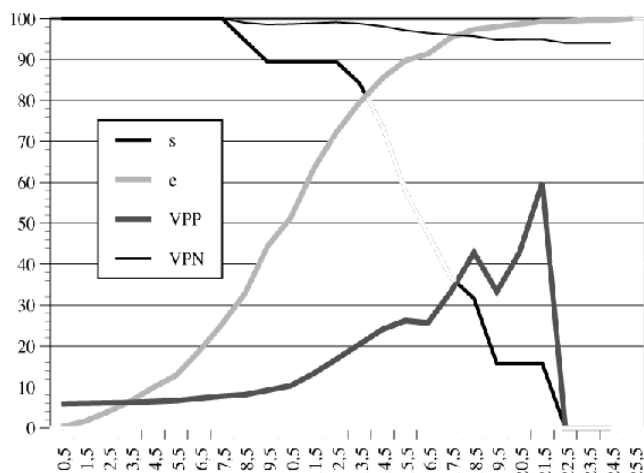


Fig. 1. Sensibilidad (s), especificidad (e), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de la EPDS para la detección de depresión mayor de acuerdo al DSM-IV, según el punto de corte utilizado.

eran primíparas; y 27,4% usaban métodos anticonceptivos hormonales.

La puntuación promedio de la EPDS fue 10,59 (DE= 4,49) con un rango de 0 a 25 puntos. La tabla 1 muestra que las puntuaciones de la EPDS son significativamente más altas en mujeres con depresión menor o mayor que en las no deprimidas.

Punto de corte significa el valor de la escala por encima del cual un paciente es calificado como «deprimido». En la tabla 2 y en la figura 1 aparece la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo para cada punto de corte de la escala.

La figura 2 muestra la correlación entre las puntuaciones de la EPDS y el número de síntomas del criterio A

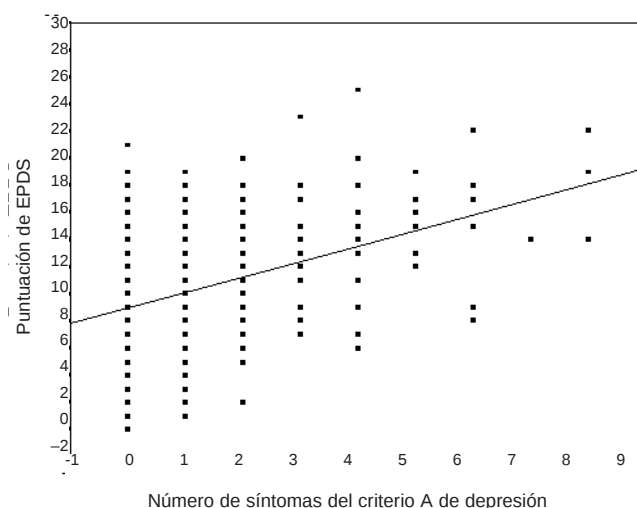


Fig. 2. Correlación entre la puntuación de la EPDS y el número de síntomas del criterio A para depresión mayor del DSM-IV en mujeres postparto: $r = 0,4478$; $p < 0,001$; $n = 321$.

TABLA 3. Probabilidad de depresión postparto para cada puntuación de la escala, estimada a partir de la regresión logística (coeficiente de regresión= 0,3208, constante= -7,0127)

Puntuación	Probabilidad de depresión (%)	Puntuación	Probabilidad de depresión (%)
0	0,09	16	13,24
1	0,12	17	17,38
2	0,17	18	22,47
3	0,24	19	28,55
4	0,32	20	35,51
5	0,45	21	43,15
6	0,61	22	51,12
7	0,84	23	59,04
8	1,16	24	66,52
9	1,59	25	73,25
10	2,18	26	79,05
11	2,98	27	83,87
12	4,06	28	87,76
13	5,51	29	90,81
14	7,44	30	93,16
15	9,97		

de depresión mayor; el coeficiente de correlación en este caso fue 0,4478 ($p < 0,001$; $n = 321$).

La consistencia interna de la escala se estudió mediante el coeficiente alfa de Cronbach el cual fue 0,7043.

Mediante regresión logística se examinó la capacidad de la escala para predecir la presencia de depresión; de este modo, tomando en cuenta el coeficiente de regresión se calculó la probabilidad de que una mujer padezca de depresión dado una determinada puntuación en la EPDS (tabla 3 y figura 3).

En la tabla 4 se muestra la contribución de cada ítem de la EPDS al diagnóstico de depresión mayor. Con la

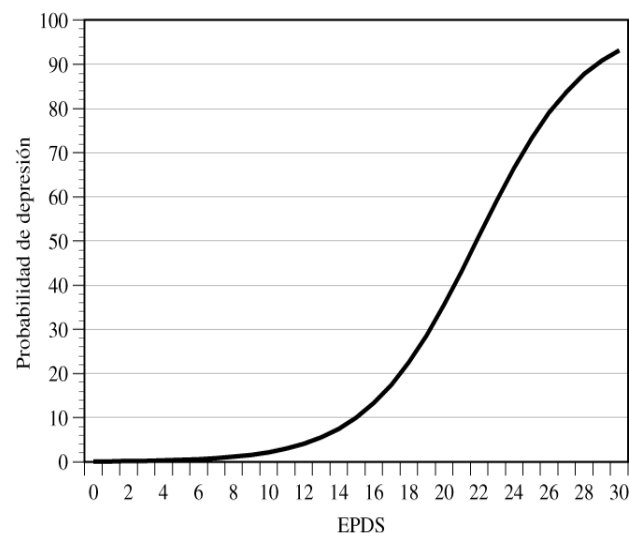


Fig. 3. Probabilidad de depresión (%) para cada puntuación de la EPDS, estimada a partir de la regresión logística (coeficiente de regresión= 0,3208; constante= -7,0127).

TABLA 4. Estudio de la contribución de cada ítem de la escala al diagnóstico de la depresión postparto

Item	Mann-Whitney	Regresión logística				Luego de regresión logística paso a paso			
	p	B	EE	p	R	B	EE	p	R
1 Capacidad para disfrutar de las cosas	0,052	-0,1153	0,3824	0,7630	0,0000	—	—	—	—
2 Optimismo respecto al futuro	0,062	0,4320	0,3579	0,2275	0,0000	—	—	—	—
3 Sentimientos de culpa	0,002	0,3674	0,4124	0,3730	0,0000	—	—	—	—
4 Nerviosismo o preocupación	0,001	0,7216	0,4056	0,0752	0,0899	0,8255	0,4032	0,0406	0,1233
5 Ataques de pánico.	< 0,001	0,5796	0,2908	0,0463	0,1169	0,6122	0,2747	0,0259	0,1434
6 Capacidad para afrontar los problemas	< 0,001	0,5842	0,3183	0,0664	0,0974	0,6950	0,3131	0,0264	0,1425
7 Insomnio	0,004	0,2256	0,3129	0,4711	0,0000	—	—	—	—
8 Tristeza	0,002	0,1838	0,3427	0,5917	0,0000	—	—	—	—
9 Llanto	< 0,001	0,4940	0,2939	0,0928	0,0756	0,6184	0,2690	0,0215	0,1509
10 Tendencia a la autoagresión	0,048	-0,0949	0,3416	0,7812	0,0000	—	—	—	—

B: coeficiente de regresión, EE: error estándar, R: coeficiente de correlación. En negrita aparecen los resultados que están a favor de que el ítem contribuye a discriminar entre pacientes con y sin depresión.

prueba de Mann-Whitney se evaluó si existía diferencia significativa entre mujeres con y sin depresión mayor en lo que respecta a la puntuación de cada ítem; los valores de casi todas las preguntas, exceptuando la 1 y la 2, fueron significativamente mayores ($p < 0,05$) en las mujeres deprimidas. De acuerdo con los resultados de la regresión logística, los ítems 4, 5, 6 y 9 contribuyeron de manera significativa al diagnóstico de depresión mayor. Estos mismos ítems fueron los que no se eliminaron luego de una regresión logística paso a paso.

DISCUSIÓN

La validez predictiva de la EPDS se evaluó comparando la escala con la información procedente del SCID

(presencia/ausencia de depresión mayor según el DSM-IV y número de síntomas del criterio A).

Se encontró que la EPDS tiene una buena capacidad para discriminar entre pacientes con y sin depresión mayor en base a los valores promedio de la escala, su sensibilidad y especificidad, y la creciente probabilidad de encontrar depresión a medida que las puntuaciones de la EPDS son más altas. Además, se halló correlación significativa entre las puntuaciones de la EPDS y el número de síntomas del criterio A para depresión mayor.

Cuanto más alto sea el punto de corte que se tome en cuenta para definir un diagnóstico, la sensibilidad de una escala tiende a disminuir y su especificidad a aumentar. El punto de corte óptimo es el que proporciona el máximo de especificidad con el mínimo perjuicio en la sensibilidad; en nuestro estudio este punto de corte es

TABLA 5. Resultados de los estudios de validación de la EPDS realizados en diversas partes del mundo

Estudio	Lugar/ Idioma	Diagnóstico de depresión	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Coeficiente alfa
Cox et al, 1987 ¹	Reino Unido	RDC	12,5	86	78	0,87
Harris et al, 1989 ⁴	Reino Unido	DSM-III-R	12,5	95	93	
Murray y Carothers, 1990 ⁷	Reino Unido	RDC	12,5	95,7	81,1	
Boyce et al, 1993 ⁸	Australia	DSM-III-R (DIS)	12,5	100	95,7	
Jadresic et al, 1995 ⁸	Chile	RDC	9,5	100	80	0,77
Wickberg et al, 1996 ³	Suecia	DSM-III-R	11,5	96	49	
Areias et al, 1996 ⁹	Portugal	SADS	9	71	89	
			10	65	96	
Ghubash et al, 1997 ¹⁰	Árabe	Catego	10	91	84	0,84
			12	73	90	
Carpiniello et al, 1997 ¹¹	Italia	PSE	9,5	100	83	
Bergant et al, 1998 ¹²	Alemania	ICD-10	9,5	96	100	0,81
Lawrie et al, 1998 ¹³	Sudáfrica	DSM-IV	11,5	80	76,6	
Lee et al, 1998 ¹⁴	China	DSM-III-R	9,5	82	86	
Benvenuti et al, 1999 ¹⁵	Italia	DSM-III-R	8,5	94,4	87,4	0,7894
Nuestro estudio	Perú	DSM-IV (SCID)	13,5	84,21	79,47	0,7043

RDC: Research Diagnostic Criteria; SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; PSE: Present State Examination; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV; DIS: Diagnostic Interview Schedule.

13,5; con este valor la sensibilidad es 84,21% y la especificidad 79,47%, ambos valores aceptables y similares a los del estudio de validación original de Cox et al¹, que encuentra una sensibilidad de 86% y una especificidad de 78%.

Un punto de corte de 7,5 permite una sensibilidad alta (100%), es decir, una puntuación de 0 a 7 nos da una elevada certeza de que una mujer no tiene depresión. Así también podemos observar en la tabla 3 que la probabilidad de encontrar depresión en una mujer con una puntuación de 7 o menos es menor de 1%.

En la tabla 5 se pueden comparar los resultados de los trabajos de validación de la EPDS realizados en otros países con los de nuestro estudio. Aquí se observa que el punto de corte obtenido o utilizado varía entre 8,5 (Italia) y 13,5 (nuestro estudio); la sensibilidad entre 65% y 100% y la especificidad entre 49% y 100%. Estas discrepancias podrían deberse a diferencias culturales y de idioma, y a las distintas formas de definir «depresión» y de captar a las participantes. Considerando que los límites que se usan en las clasificaciones para definir depresión mayor son arbitrarios y que en realidad el síndrome depresivo es una continuidad que va desde la casi total ausencia de síntomas hasta los cuadros afectivos más severos¹⁶, no es lo mismo calcular sensibilidad y especificidad tomando directamente una población claramente deprimida y otra que definitivamente no lo está, que hacerlo evaluando una población para dividirla en «deprimidos» y «no deprimidos» (como se procedió en nuestro estudio); en este último caso existirá una alta proporción de sujetos con niveles intermedios de depresión que aumentarían las discrepancias entre el diagnóstico según la escala y el obtenido en función de los criterios diagnósticos de referencia (tales como DSM-IV o CIE-10).

El valor predictivo positivo (VPP) de la EPDS nos indica la probabilidad de que la participante presente depresión si es que su puntuación está por encima del punto de corte. Sin embargo, esto incluye un rango amplio de puntuaciones dentro del cual las probabilidades de depresión son distintas, por ejemplo, aunque el VPP de la escala para las puntuaciones de 14 a 30 es 20,51%, la probabilidad de tener depresión es distinta para una mujer con EPDS de 14 que para otra con puntuación de 30. Por esta razón sería útil saber la probabilidad de depresión para cada valor de la escala, lo cual se muestra en la tabla 3 y en la figura 3. Es importante tener en cuenta que esta probabilidad, así como el VPP, depende además de la prevalencia de depresión en la población.

Según la prueba de Mann-Whitney, los ítems relacionados significativamente con el diagnóstico de depresión son: capacidad para afrontar los problemas, pánico, llanto, preocupación, culpa, tristeza, insomnio y autoagresión.

De acuerdo a la regresión logística, los ítems que más aportan al diagnóstico (en orden descendente) son: preocupación, capacidad para afrontar los problemas, pánico, llanto y optimismo. Asimismo, los ítems que sobreviven a la regresión logística paso a paso y, por lo tanto, los que más contribuyen a la capacidad diagnóstica de la prueba, son los de preocupación, capacidad para afron-

tar problemas, llanto y pánico. Curiosamente tres de los cuatro ítems que más aportan al diagnóstico de depresión son síntomas ansiosos (preocupación, incapacidad para enfrentar problemas y pánico), lo cual indica que la ansiedad es un aspecto predominante en la depresión postnatal. Esto coincide con el hallazgo de Thompson et al⁵ de que la subescala de ansiedad de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* desempeñó un buen papel en la detección de depresión postnatal. Con todo esto no se está sugiriendo que se reduzca la escala eliminando los ítems que no guardaron mucha asociación con el diagnóstico de depresión, sino más bien que se podría utilizar esta información para futuras modificaciones o refinamientos en la manera de plantear estos ítems.

Por otro lado, la coexistencia de síntomas depresivos y ansiosos es algo bastante común. Estudios epidemiológicos realizados en población general de Estados Unidos, como el de la *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) y el *National Comorbidity Survey* (NCS), muestran una fuerte asociación, expresada mediante «odds ratios», entre trastornos afectivos y desórdenes de ansiedad¹⁷. Por ejemplo, de acuerdo al estudio ECA, el OR para la coexistencia entre depresión y pánico fue 21,3; y para el NCS, el OR entre depresión y trastorno de ansiedad generalizada fue 17,8. Esta elevada comorbilidad es explicada por el hallazgo de que existen determinantes genéticos comunes para el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor¹⁸, y respalda la hipótesis de la existencia de una «enfermedad pánico-depresiva»¹⁹. Por lo explicado anteriormente, no es tan sorprendente que síntomas de ansiedad puedan ser buenos predictores de depresión mayor.

Sugerimos el uso de esta escala para la identificación de depresión postnatal en nuestro medio; principalmente por parte de los gineco-obstetras y pediatras, que son los especialistas que tienen más contacto con las mujeres que están en el período postparto.

Teniendo en cuenta que existen tratamientos eficaces para la depresión puerperal y que los hijos de mujeres con depresión tienen mayor riesgo de sufrir a largo plazo problemas conductuales, cognitivos y de interacción social²⁰, la detección de depresión postnatal no sólo beneficiaría a la madre sino también al niño.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo económico de Tejada Family Foundation, Inc, y Peruvian-American Endowment, Inc., Miami, Florida; de igual forma, apreciamos la colaboración de los doctores Pedro Saona, Santiago Stucchi, Hernán J. Sal y Rosas, Gustavo Matsuoka, Roberto Lescano, Dante Durand y Joscemin Freundt.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edin-

- burgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
2. Boyce P, Stubbs J, Todd A. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 1993;27:472-6.
3. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:181-4.
4. Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H. The use of rating scales to identify post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1989;154:813-7.
5. Thompson WM, Harris B, Lazarus J, Richards C. A comparison of the performance of rating scales used in the diagnosis of postnatal depression. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:224-7.
6. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. New York: Biometrics Research; 1995.
7. Murray L, Carothers AD. The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990;157:288-90.
8. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16:187-91.
9. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996;169:30-5.
10. Ghubash R, Abou-Saleh MT, Daradkeh TK. The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:474-6.
11. Carpiello B, Pariente CM, Serri F, Costa G, Carta MG. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:280-5.
12. Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O. German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Dtsch Med Wochenschr* 1998;123:35-40.
13. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, de Jager M, Berk M. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a cohort of South African women. *S Afr Med J* 1998;88:1340-4.
14. Lee DT, Yip SK, Chiu HF, Leung TY, Chan KP, Chau IO, Leung HC, Chung TK. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1998;172:433-7.
15. Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord* 1999;53:137-41.
16. Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry* 1998;155:172-7.
17. Kessler RC. Epidemiology of psychiatric comorbidity. En: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, editores. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1995.
18. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:716-22.
19. Akiskal HS. Toward a clinical understanding of the relationship of anxiety and depressive disorders. En: Maser JD, Cloninger CR, editores. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 597-610.
20. Jacobsen T. Effects of postpartum disorders on parenting and offspring. En: Miller LJ, editor. *Postpartum mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1999.