

# Estudio sobre síntomas de pánico en atención primaria

E. Galaverni<sup>a</sup>, P. Pozo Navarro<sup>b</sup> y M. Bellini<sup>a</sup>

**Objetivo.** Estudiar la prevalencia de cualquier tipo de crisis de angustia (CA) en el último mes, en una muestra de pacientes de atención primaria. Valorar las diferencias sociodemográficas, el malestar psicológico y la ansiedad entre pacientes con y sin CA.

**Diseño.** Estudio transversal en fase única, mediante cuestionarios autoadministrados.

**Emplazamiento.** Sala de espera de la consulta de un médico de familia en el Centro de Salud San Andrés (Murcia).

**Participantes.** Todos los pacientes que acudieron consecutivamente y por cualquier motivo a la consulta durante un mes. Se incluyó a 150 pacientes, que aceptaron y llenaron correctamente el cuestionario (índice de respuesta: 60).

**Mediciones.** Características sociodemográficas, GHQ-12 de Goldberg (General Health Questionnaire), STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo) y PAAAS (Escala de Ataque de Pánico y Ansiedad Anticipatoria). Se incluyó a los sujetos en el grupo con CA si presentaban una o más CA de cualquier tipo (inesperada o situacional, completa o subumbral) en el último mes.

**Resultados.** El 38% de la muestra (intervalo de confianza del 95%, 30,14-45,86%) refería la presencia de CA en el último mes, que se observó en una proporción mayor en el grupo de edad de 15-44 años. El grupo con CA tenía puntuaciones totales de ansiedad estado, ansiedad rasgo y GHQ-12 más altas que el grupo sin CA ( $p < 0,0000$ ), además de ser significativamente más joven.

**Conclusiones.** Las CA de cualquier tipo son un problema frecuente en la población que consulta a un médico de familia y afectan especialmente a los pacientes de 15-44 años.

**Palabras clave:** Crisis de angustia. Pánico. Ansiedad. Salud general. Epidemiología. Atención primaria.

## A SURVEY OF PANIC SYMPTOMS IN A PRIMARY CARE SETTING

**Objective.** To study the month-prevalence of any panic attacks (PA) among general practitioners' (GP) patients. To evaluate differences in terms of demographics, psychological distress and anxiety, between patients with and without PA.

**Design.** One-stage cross-sectional study by the means of self-administered inventories.

**Setting.** Waiting room at the GP's office at the San Andres Health Centre (Murcia, Spain).

**Sampling.** All consecutive patients attending for any reason the GP's office over one month period. 150 patients accepted to enter the study completing the assessment procedures (response rate of 60%).

**Measurements.** Demographic characteristics, Goldberg's GHQ-12 (General Health Questionnaire) total score, STAI-Y (State and Trait Anxiety Inventory) scores, and PAAAS (Panic Attack and Anticipatory Anxiety Scale) scores. The subjects were included in the PA subgroup when showing one or more PA of any pattern (unexpected or situational, complete or subthreshold) over the last month.

**Results.** The presence of PA over the last month is reported by 38% of our sample (95% IC, 30,14-45,86), with a higher rate in the age-group of 15-44 years. The PA subgroup showed State-Anxiety, Trait-Anxiety and GHQ-12 total-scores higher than those from the panicless subgroup ( $P < .0000$ ); it appeared significantly younger as well.

**Conclusions.** Our study points out that any PA are a frequent issue among patients attending family-doctor's office, particularly affecting patients aged 15 to 44 years.

**Key words:** Panic attacks. Panic. Anxiety. General health. Epidemiology. Primary care.

<sup>a</sup>Departamento de Psiquiatría. Universidad de Bolonia. Bolonia. Italia.

<sup>b</sup>Profesor titular de Psiquiatría. Universidad de Murcia. Murcia. España.

Fuente de financiación del trabajo:  
Universidad de Bolonia (Italia).

Correspondencia: P. Pozo Navarro.  
Servicio de Psiquiatría.  
Hospital General Universitario  
Reina Sofía.  
Avda. Intendente Jorge Palacios,  
s/n.  
30003 Murcia. España.  
Correo electrónico:  
pedpozo@um.es

Manuscrito recibido el 26 de noviembre de 2004.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 17 de enero de 2005.

## Introducción

Las crisis de angustia (CA) o ataques de pánico suponen un importante problema de salud, puesto que provocan un sufrimiento significativo en las personas que las padecen y una alta utilización de la atención sanitaria, además de tener un coste social elevado<sup>1-4</sup>. Las CA se presentan dentro de un trastorno de angustia y también aisladamente.

Algunos estudios demuestran que los pacientes que tienen CA y trastorno de angustia muestran un grado de deterioro social, familiar y laboral parecido<sup>4,5</sup>. Hay también formas subumbras que se presentan con un menor número de síntomas (CA limitadas) y que pueden asimismo interferir de forma significativa en la vida de la persona, del mismo modo que las que presentan síntomas completos<sup>6-8</sup>. Las personas aquejadas de CA utilizan frecuentemente los recursos sanitarios de atención primaria<sup>4,9</sup>, en parte debido a la frecuente manifestación somática de los síntomas, que hacen creer a los pacientes que tienen enfermedades físicas.

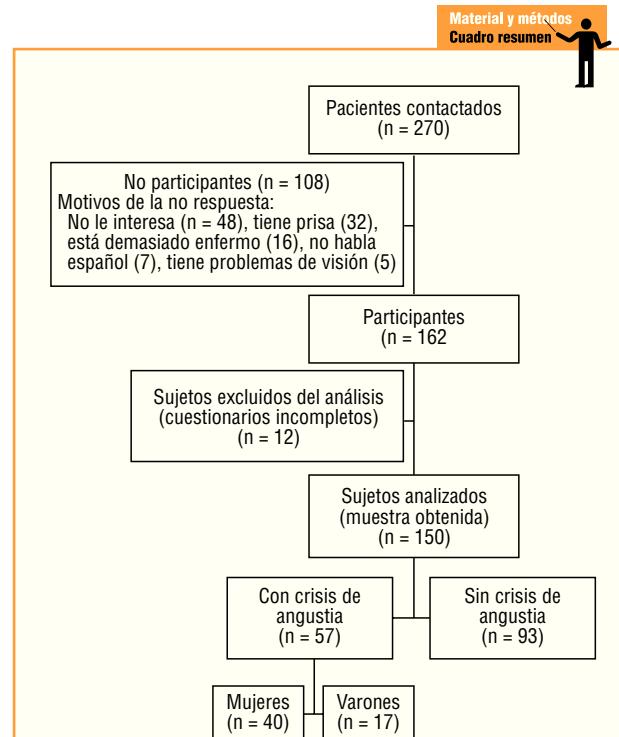
Varios estudios realizados en muestras de pacientes de atención primaria, con diversos instrumentos de detección, encuentran una prevalencia de CA durante un mes del 15,8-24,8%<sup>10-12</sup>, mientras que en muestras de población general la frecuencia es menor<sup>13-15</sup>. Los trabajos españoles sobre prevalencia de diagnósticos específicos de ansiedad detectan una prevalencia de trastorno de angustia del 1,3-3%<sup>16-18</sup>.

Dada la escasez de estudios españoles sobre los síntomas de pánico respecto a su prevalencia en atención primaria, resulta interesante estudiar de forma específica la presencia de CA en pacientes que acuden a una consulta de medicina general. En este trabajo nos hemos propuesto evaluar durante un mes la prevalencia de CA de cualquier tipo y, en segundo lugar, obtener datos que puedan contribuir al reconocimiento de los pacientes con estos problemas de ansiedad.

## Material y métodos

### Población de estudio

La población de estudio está formada por pacientes que acudieron al Centro de Salud San Andrés (Murcia) durante el mes de junio de 2002. Un investigador del presente estudio permaneció en la sala de espera de la consulta de un solo médico de familia a fin de establecer contacto con todos los pacientes mayores de 15 años que acudieron consecutivamente y por cualquier motivo. Quien daba su consentimiento verbal y tenía la capacidad de entender las preguntas cumplió inmediatamente los instrumentos de evaluación, antes de entrar en la consulta. Se tomó nota del número de pacientes que declinaron participar, con las respectivas motivaciones.



### Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, y transversal, mediante cuestionario autoadministrado para conocer la prevalencia de síntomas de crisis de angustia en el último mes.

### Cuestionarios

Se utilizaron un formulario anónimo autoadministrado con datos sociodemográficos, el General Health Questionnaire, en su versión de 12 preguntas (GHQ-12)<sup>19</sup>, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI A/E y A/R)<sup>20</sup> y la Panic Attack and Anticipatory Anxiety Scale (PAAAS)<sup>21-23</sup>. La PAAAS es un instrumento que recoge el número de ataques de pánico, reconociendo los completos y los limitados, los situacionales y los inesperados, ocurridos en las últimas 4 semanas. La escala proporciona informaciones sobre la ansiedad anticipatoria sufrida durante la semana anterior.

### Análisis de los datos

Se excluyó del análisis a los sujetos cuyos cuestionarios estaban incompletos. Sobre la base de las respuestas a la PAAAS se dividió la muestra obtenida en 2 grupos: con CA y sin CA. El criterio de inclusión en el grupo con CA fue la presencia de síntomas de CA con una frecuencia de al menos una vez durante las últimas 4 semanas. Se calculó el porcentaje de casos con CA sobre el total de la muestra y posteriormente se analizaron las diferencias entre los 2 grupos en las variables categóricas, mediante la prueba de la  $\chi^2$  o el test exacto de Fisher, y en las continuas, para lo que se empleó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Se

realizó un análisis de regresión logística en función de las características sociodemográficas y de las puntuaciones totales del STAI y el GHQ-12 (variables independientes) de los grupos con CA y sin CA (variable dependiente dicotómica). Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows. El método de puntuación aplicado al cuestionario GHQ-12 fue la escala Likert, que además proporciona una medida de la intensidad percibida del malestar<sup>19</sup> y que se obtiene asignando los valores 0, 1, 2 o 3 a cada una de las 4 posibles respuestas.

## Resultados

De los 270 pacientes que acudieron a consulta por primera vez durante el estudio, 162 aceptaron participar (60%). Se excluyeron 12 casos por dejar los cuestionarios incompletos, de modo que la muestra total del estudio quedó compuesta por 150 personas.

La edad media de la muestra fue de 44 años (rango: 15-80). La prevalencia de crisis de pánico fue de 57 casos, o sea, del 38% (intervalo de confianza del 95%, 30,14-45,86).

En cuanto a la distribución por grupos de edades, el de 15-44 años estaba formado por 40 personas (70%) y el de 45-64 años por 17 (30%). Las personas con CA eran significativamente más jóvenes que las que no presentan síntomas, diferían de éstas en cuanto al estado civil y la situación laboral (tabla 1) y tenían puntuaciones totales significativamente más altas en ambos subapartados del cuestionario STAI y en el GHQ-12 (tabla 2). Mediante el análisis de regresión logística se analizó la relación entre la variable dependiente dicotómica (presencia/ausencia de al menos una CA en el último mes) y las variables independientes (edad, estado civil, ocupación, puntuaciones totales en el GHQ-12, STAI-A/E y STAI A/R) y se encontró un modelo predictivo significativo ( $\chi^2 = 66,94$ ; grados de libertad [gl] = 6;  $p < 0,0000$ ) que clasificó correctamente al 81,33% de los sujetos. En el modelo las variables edad (Wald = 7,49;  $p < 0,006$  con 1 gl), estado civil (Wald = 4,21;  $p < 0,04$  con 1 gl) y puntuación total del STAI A/E (Wald = 13,36;  $p < 0,0003$  con 1 gl) destacaron como significativamente predictivas de presencia/ausencia de al menos una CA de cualquier tipo en el último mes.

El miedo de tener otra crisis (ansiedad anticipatoria) se encontró en el 63% de los pacientes con pánico. La cantidad de crisis de pánico de cualquier tipo sufridas en el último mes va de 0 en 93 casos (62%) a 32 en 1 caso (0,7%);

**TABLA  
1**

**Características sociodemográficas de la muestra y relación con la presencia de síntomas de pánico**

Área	Todos (n = 150)	Con CAa (n = 57)	Sin CA (n = 93)	p <sup>b</sup>
Edad media (años)	44,1 ± 15,7	36,38 ± 13,00	48,82 ± 15,32	0,000
Mujeres	68,70% (n = 103)	70,20%	67,70%	0,75
Estado civil				0,04
Soltero	30,6% (n = 46)	42,1%	23,7%	
Casado	58,0% (n = 87)	49,1%	63,4%	
Separado/divorciado	8,0% (n = 12)	8,80%	7,5%	
Viudo	3,40% (n = 5)	0,00%	5,4%	
Nivel educativo				0,05
Sin estudios	6,00% (n = 9)	0,00%	9,70%	
Educación primaria	20,60% (n = 31)	17,50%	22,60%	
Educación secundaria	40,00% (n = 60)	42,10%	38,70%	
Educación universitaria	33,40% (n = 50)	40,40%	29,00%	
Situación laboral				0,0005
Activo	57,30% (n = 86)	63,20%	53,80%	
Ama de casa	16,70% (n = 25)	14,00%	18,30%	
Pensionista	12,70% (n = 19)	0,00%	20,40%	
Estudiante	4,70% (n = 7)	10,50%	1,10%	
Parado	3,90% (n = 6)	3,50%	4,30%	
Incapacitad laboral	4,70% (n = 7)	8,80%	2,10%	

CA: crisis de angustia.

<sup>a</sup>Una o más CA de cualquier tipo (inesperada o situacional, completa o con pocos síntomas) en las últimas 4 semanas. <sup>b</sup>Pacientes con CA comparados con pacientes sin CA.

por lo tanto, un 38% de los pacientes presenta una o más CA de cualquier tipo. Si de los 57 sujetos del grupo con CA se extraen los que tienen al menos 4 crisis inesperadas completas y además presentan una intensa ansiedad anticipatoria, se puede hacer una estimación de prevalencia de sujetos con alta probabilidad de tener trastorno de angustia: 5 casos (1 varón y 4 mujeres), que constituye el 3,3% de la muestra.

**TABLA  
2**

**Diferencias significativas en las puntuaciones de los cuestionarios en relación con la presencia de crisis de angustia (CA)**

	Con CA <sup>a</sup> (n = 57)	Sin CA (n = 93)	Test de Mann-Whitney	
			z	p
GHQ-12 <sup>b</sup>	16,31 ± 6,21	12,15 ± 6,32	-4,4682	0,000
STAI A/E <sup>c</sup>	29,52 ± 12,51	16,41 ± 9,08	-6,1689	0,000
STAI A/R <sup>d</sup>	27,80 ± 12,21	18,07 ± 10,33	-4,9082	0,000

GHQ-12: General Health Questionnaire en su versión de 12 preguntas; STAI A/E: Inventario de Ansiedad Estado; STAI A/R: Inventario de Ansiedad Rasgo.

<sup>a</sup>Una o más CA de cualquier tipo (inesperada o situacional, completa o limitada) en las últimas 4 semanas. <sup>b</sup>Puntuación total (mínima: 0; máxima: 36). <sup>c</sup>Puntuación total (mínima: 0; máxima: 60). <sup>d</sup>Puntuación total (mínima: 0; máxima: 60).

## Discusión

La realización del estudio con pacientes de un solo médico puede limitar la generalización de los resultados.

En este estudio no se pretende conocer la prevalencia de diagnósticos específicos de ansiedad, que por otro lado han sido ya suficientemente estudiados<sup>16-18</sup>, sino detectar, mediante un instrumento autoadministrado<sup>21-23</sup> y un diseño de fase única, la presencia/ausencia de CA de cualquier tipo, sin realizar una entrevista psiquiátrica de confirmación.

Una segunda limitación proviene del índice de participación de pacientes (60%). El 40% de los fallos en nuestra muestra es superior al de otros estudios, que presentan un 25%<sup>11</sup> y un 20%<sup>12</sup>, lo que puede constituir un sesgo. El hecho de que la mayor parte del rechazo a la participación se produjera entre pacientes mayores y/o con bajo nivel educativo concuerda con los estudios sociodemográficos de casos perdidos<sup>24</sup> y de la reacción de los pacientes ante la presentación de cuestionarios de evaluación de la salud mental<sup>25</sup>, y ha hecho que nuestra muestra sea de una edad relativamente joven y de elevado nivel educativo. La elevada tasa de negativas a participar en el estudio, especialmente entre los mayores de 65 años, que, como se sabe, suelen presentar ataques de pánico con menor frecuencia que los más jóvenes<sup>12,26</sup>, puede llevarnos a sobreestimar la prevalencia total de CA. Otra explicación alternativa del bajo índice de participación puede buscarse en el método seguido al reclutar la muestra. En nuestro caso, se estableció contacto con los pacientes en la sala de espera del médico antes de que entraran en la consulta, y el hecho de que los pacientes acudieran al centro con cita previa y no fuera el propio médico el que los invitara a completar los cuestionarios puede que haya influido en el bajo índice de participación. Otros estudios en los que es el propio médico el que invita a la participación obtienen un índice de respuesta mayor<sup>18,27</sup>. El 38% de la muestra refiere síntomas de ataques de pánico con una frecuencia de al menos una vez durante las últimas 4 semanas. Esta prevalencia es mayor que la de otro estudio<sup>11</sup> donde se obtiene un 24,8% en una muestra mucho mayor (4.198 pacientes) y un índice menor de pérdidas (25%), utilizando un instrumento de cribado de 2 preguntas<sup>28</sup>. Igualmente, se detecta una prevalencia de pánico inferior (21,3%) en un estudio previo, realizado en Italia por algunos de nosotros<sup>12</sup>, en el que se utilizó el mismo método y se consiguió también un índice mayor de participación de pacientes (80%). Asimismo, cabe la posibilidad de que haya un posible aumento de la prevalencia de ansiedad entre los pacientes de atención primaria y que esto puede ser reflejo de que esta población visita con más frecuencia las consultas de atención primaria, puesto que se ha documentado el progresivo aumento de la prevalencia de CA en la población general<sup>13</sup>.

El perfil general del paciente que ha presentado al menos una CA en el último mes y que acude al médico de fami-

### Discusión Cuadro resumen



#### Lo conocido sobre el tema

- Las crisis de angustia (CA) no sólo se presentan dentro de un trastorno de angustia, sino también aisladamente y en formas subumbras.
- Las CA producen incapacidad y alta utilización de los recursos sanitarios de atención primaria, en parte debido a la frecuente presentación somática de los síntomas.
- Hay pocos estudios españoles sobre sintomatología de pánico respecto a su prevalencia en atención primaria.

#### Qué aporta este estudio

- Entre los pacientes que acuden consecutivamente a un médico de atención primaria, el 38% ha presentado al menos una CA de cualquier tipo en el último mes.
- Los pacientes con al menos una CA durante el último mes son significativamente más jóvenes y más ansiosos que aquéllos sin CA.
- Uno de cada 30 pacientes (3,3%) tiene una alta probabilidad de padecer un trastorno de angustia, mientras que al menos 1 de cada 3 (34,7%) presenta síntomas «menores» de pánico.

lia por cualquier motivo sería el siguiente: paciente ansioso, de 15-45 años, varón o mujer, con frecuencia soltero y preferiblemente trabajador o estudiante.

En cuanto a la frecuencia y al tipo de CA experimentadas, en nuestra muestra 1 de cada 30 pacientes (3,3%) tiene una alta probabilidad de padecer un trastorno de angustia (lo que concuerda bastante con la bibliografía sobre la prevalencia de trastorno de angustia en atención primaria<sup>16-18,29</sup>), mientras que al menos 1 de cada 3 (34,7%) presenta CA inesperadas, menos frecuentes y/o con síntomas limitados. Sin embargo, en línea con estudios recientes<sup>4,10</sup>, quizás también estos «casos menores» podrían necesitar algún tipo de tratamiento por parte del médico de familia o del especialista en salud mental.

Futuras investigaciones sobre la prevalencia de los síntomas de pánico en atención primaria podrían incluir, además de los cuestionarios de detección, preguntas dirigidas para saber en cuántas de esas personas se incluye la ansiedad y/o CA como motivo de consulta, y/o cuántas de ellas reciben o han recibido a lo largo de su vida algún tipo de tratamiento por parte del médico.

## Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro sincero agradecimiento a la Gerencia de Atención Primaria de Salud de Murcia y a la Dra. Ana María Montoya, que han hecho posible el desarrollo del presente trabajo, así como a la Universidad de Bolonia, que ha financiado la actuación del proyecto de investigación.

## Bibliografía

1. Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, Johnson J, Greenwald S. Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *JAMA*. 1991;265:742-6.
2. Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social cost of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 1995;166 Suppl 27:19-22.
3. Katerndahl DA, Realini JP. Where do panic attack sufferers seek care? *J Fam Pract*. 1995;40:237-43.
4. Birchall H, Brandon S, Taub N. Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2000;35:235-41.
5. Katon W, Hollifield M, Chapman T, Mannuzza S, Ballenger J, Fyer A. Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *J Psychiatr Res*. 1995;29:121-31.
6. Katerndahl DA, Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry*. 1993;150:246-9.
7. Cassano GB, Michelini S, Shear MK, Coli E, Maser JD, Frank E. The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry*. 1997;154:27-38.
8. Krystal JH, Woods SW, Hill CL, Charney DS. Characteristics of panic attack subtypes: assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptoms attacks. *Compr Psychiatry*. 1991;32:474-80.
9. Katerndahl DA. Factors influencing care seeking for a self-defined worst panic attack. *Psychiatr Serv*. 2002;53:464-70.
10. Olfsom M, Broadhead WE, Weissman MM, Leon AC, Farber L, Hoven C, et al. Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:880-6.
11. Hazlett-Stevens H, Craske MG, Roy-Byrne PP, Sherbourne CD, Stein MB, Bystritsky A. Predictors of willingness to consider medication and psychosocial treatment for panic disorder in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24:316-21.
12. Bellini M, Galaverni E. Panic symptoms among general physicians' patients. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2003;12:198-204.
13. Goodwin RD. The prevalence of panic attacks in the United States: 1980 to 1995. *J Clin Epidemiol*. 2003;56:914-6.
14. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry*. 1994;151:413-20.
15. Stirton RF, Brandon S. Preliminary report of a community survey of panic attacks and panic disorder. *JR Soc Med*. 1988;81:392-3.
16. Baca E, Saiz J, Agüera LF, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria*. 1999;23:275-9.
17. Campos R, García-Capayo JJ, Pérez MJ, Lobo A. Prevalencia de la depresión en atención primaria. *Monografías de Psiquiatría*. 1997;9:18-26.
18. Chocron L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 1995;16:586-93.
19. Goldberg D, Williams P. GHQ: cuestionario de salud general. Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas (A Lobo y PE Muñoz). Barcelona: Masson; 1996.
20. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI: cuestionario de ansiedad estado-rasgo (adaptación española). Madrid: TEA; 1999.
21. Ballenger JC, Burrows GD, DuPont RL, Lesser IM, Noyes R, Pecknold JC, et al. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial (I). Efficacy in short-term treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:413-22.
22. Pecknold JC, Swinson RP, Kuch K, Lewis CP. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial: III. Discontinuation effects. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:429-36.
23. Lesser IM, Rubin RT, Pecknold JC, Rifkin A, Swinson RP, Lydiard RB, et al. Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. I. Frequency, severity, and response to treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:437-43.
24. Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP, Mullen PE. A study of women who refused to participate in a community survey of psychiatric disorders. *Aust NZ J Psychiatry*. 1988;22:19-29.
25. Lish JD, Kuzma MA, Lush DT, Plescia G, Farber NJ, Zimmerman M. Psychiatric screening in primary care: what do patients really want? *J Psychosom Res*. 1997;42:167-75.
26. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry*. 1994;151:640-9.
27. Faravelli C, Guerrini Degl'Innocenti B, Giardinelli L. Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79:308-12.
28. Stein MB, Roy-Byrne PP, McQuaid JR, Laffaye C, Russo J, McLahill ME, et al. Development of a brief diagnostic screen for panic disorder in primary care. *Psychosom Med*. 1999;61:359-64.
29. Szadóczky E, Rózsa S, Zámbori J, Füredi J. Anxiety and mood disorders in primary care practice. *Int J Psych Clin Pract*. 2004;8:77-84.