

Registro de síntomas

Fecha _____

SITUACIÓN: _____

PENSAMIENTO: _____

SÍNTOMA	PRESENTE	SÍNTOMA	PRESENTE
Palpitaciones		Preocupación excesiva	
Aceleración cardiaca		Anticipación aprensiva	
Sudoración		dificultad para controlar la preocupación	
Temblor		Sensación de estar atrapad@	
Sensación de dificultad para respirar o de asfixia		Sensación de tener los nervios de punta	
Dolor o malestar en el torax		Fácilmente fatigado.	
Nauseas		Dificultad para concentrarse	
Sensación de mareo, aturdimiento		Quedarse con la mente en blanco	
Desmayo		Irritabilidad	
Escalofríos		Tensión muscular	
Sensación de calor		Problemas de sueño	
Sensación de entumecimiento o de hormigue		Cuántas veces a la semana están presentes los síntomas	
Sensación de irrealidad			
Sensación de separarse de uno mismo			
Miedo a perder el control o volverse loco			
Miedo a morir			