



Valoración e incidencia de las enfermedades de sensibilidad central en España

Las enfermedades de sensibilización central (**SSC**), tales como entre otras el Síndrome de Fatiga Crónica (**SFC/EM**), la Fibromiálgia (**FM**), el Síndrome de Sensibilidad Química (**SSQM**), Sensibilidad electromagnética (**EHS**), la Sensibilidad Telúrica (**ST**) etc., son unas enfermedades muy poco conocidas tanto para la población general, como para el colectivo de profesionales de la salud.

ASSEEM, dentro de su compromiso asociativo como profesionales de la salud y frente al desconocimiento existente sobre estas enfermedades y con la finalidad de obtener información del estado de la población, ha estructurado el presente formulario con el objetivo de conocer a nivel nacional, no solo el estado en el que se encuentra la población afectada, sino también para detectar unos posibles ítems para su detección precoz.

Este formulario tiene el objetivo de obtener una serie de datos para un estudio cuantitativo sobre las enfermedades de Sensibilización Central, es anónimo, confidencial y ha sido realizado por profesionales de la salud independientes, con el objetivo antes indicado.

Por este motivo solicitamos que el formulario sea rellenado por aquel **voluntario que se preste, esté o no diagnosticado de SSC**. Esta información voluntaria es sumamente importante, ya que puede facilitar información hasta ahora desconocida. Esto nos permitiría iniciar una segunda línea de investigación más enfocada hacia la detección precoz de estas patologías.

El poco tiempo que se emplea para rellenar este cuestionario es de vital ayuda para unos enfermos que están siendo ignorados.

Una vez rellenado el cuestionario rogamos que lo reenvíen a: investigacionssc@assem.org

Gracias por su colaboración

Robert Cabré

Vicepresidente ASSEEM

Instrucciones para rellenar el presente formulario

- ✚ Si quiere reenviar este formulario a un amigo o conocido, **primero guárdelo como una copia** y después rellene el original. La copia será enviada sin ningún tipo de información personal suya.
- ✚ Rellenar Marcando con una X al lado del recuadro correspondiente, o bien rellenando en el recuadro correspondiente lo mas esquemático posible:
- ✚ Una vez rellenado el formulario puede escanearlo y enviarlo mediante correo electrónico a: investigacionssc@assem.org
o al **apartado de correos nº 2 de Montcada y Reixac - Barcelona**

Inicio del Formulario

A. Datos clasificadores del perfil personal: Indique los siguientes datos:

Edad	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Estado:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> En Pareja	<input type="checkbox"/> Viuda/o
-------------	----------------------	--------------	---------------------------------	--------------------------------	----------------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Profesión:

Situación laboral:	<input type="checkbox"/> No ha tenido acceso	<input type="checkbox"/> Incapacidad laboral transitoria
	<input type="checkbox"/> En activo	<input type="checkbox"/> Incapacidad laboral parcial
	<input type="checkbox"/> En paro	<input type="checkbox"/> Incapacidad laboral total
	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Incapacidad laboral absoluta

Si tiene concedida la incapacitación laboral, ¿Cómo se le concedió?:

<input type="checkbox"/> Mediante el ICAM/INSS
<input type="checkbox"/> Mediante procedimiento Judicial

Lugar de residencia	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------	------------	----------------------	-------------------	----------------------

Indique estos ítems sobre conflictividad personal **únicamente** si los relaciona con su estado de salud

Conflicto con pareja	<input type="checkbox"/> Si	Conflicto familiar:	<input type="checkbox"/> Si	Conflicto laboral:	<input type="checkbox"/> Si
	<input type="checkbox"/> A veces		<input type="checkbox"/> A veces		<input type="checkbox"/> A veces
	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No

B. Actividad física: Indique su estado y actividad física habitual

Como considera su estado habitual de vida: (marque con una X)	<input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Regular
	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Malo
	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Muy Malo
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Extremadamente malo

Si lo valora por semanas (indíquelo con números)	¿Cuántos días los considera como "Buenos"?	<input type="text"/>
	¿Cuántos días los considera como "Malos"?	<input type="text"/>

En los días que usted considera como "Buenos", ¿Cuántas veces necesita acostarse al día?:	<input type="text"/>
En los días que usted considera como "Malos", ¿Cuántas veces necesita acostarse al día?:	<input type="text"/>

En la dinámica de su actividad habitual indique:

Hora que se levanta	<input type="text"/>	Hora que se acuesta	<input type="text"/>	Realiza siesta:	<input type="text"/>
Realiza algún ejercicio físico	<input type="text"/>	Si realiza actividad responda	<input type="text"/>	Tiempo que dedica	<input type="text"/>

C. Personas NO diagnosticadas de SSC (SFC/EM, FM, SSQM, EHS ST)

SFC/EM	Síndrome Fatiga Crónica
FM	Fibromialgia
SSQM	S. Sensibilidad Química Múltiple
EHS	Electrohipersensibilidad
ST	Sensibilidad Telúrica

¿Tiene algún diagnóstico que no sea de alguna de las enfermedades de SSC?

Ponga el/los diagnósticos a continuación, si los hubiera:

D. Si no tiene ningún diagnóstico de enfermedad de SSC,

¿Siente algunos de estos síntomas?	SI	NO
Cansancio extremo que no recupera desde hace unos seis meses		
Pérdida de concentración memoria, dificultad en encontrar las palabras adecuadas, en una conversación diaria		
Disfunciones gástricas con frecuencia como diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, sin justificación alguna		
Despertares molestos muscularmente y pesados		
Dolores articulares, lumbares y/o musculares injustificados y continuos		
Percepción de "estado gripal" sin fiebre y/o baja temperatura:		
Percepción de molestias al percibir un olor, sonido o sensación de exceso de iluminación, cuando las personas de su alrededor no lo consideran igual		
Padece "aftas" (úlceras) bucales, percepción de dolor en las amígdalas, Herpezoster, Herper en algunos otras zonas del cuerpo como piernas, pie, genitales etc. ocasionalmente		
Ha ido al médico muchas veces por cansancio, dolores articulares/musculares, molestias gástricas, mareos, "sensación de aturdimiento, le han hecho exploraciones, y al final le han dicho que todo es normal		
Se siente mal cuando se expone a algunos productos químicos (perfumes, productos de limpieza, ambientadores, tabaco, humo de los coches, etc.):		
Siente sequedad en las mucosa injustificadamente		
Siente mal estar o incómodo cuando está cerca de utensilios que emitan campos magnéticos (ordenadores, neveras, teléfonos móviles, red wifi, etc.)		
Trastornos menstruales, endocrinos y/o de la menstruación		
Impotencia		
Falta de deseo Sexual		
Menstruación precoz o tardía		

- Si sus respuesta son **NO** y no ha padecido cáncer, damos por finalizada la encuesta y agradecemos su colaboración

Si tiene respuestas afirmativas pase directamente al cuestionario **K**

---- Si tiene un diagnóstico de SSC **siga el formulario** ----

E. Personas ya diagnosticadas de SSC (SFC/EM, FM, SSQM, EHS, ST)

SFC/EM	Síndrome Fatiga Crónica
FM	Fibromialgia
SSQM	S. Sensibilidad Química Múltiple
EHS	Electrohipersensibilidad
ST	Sensibilidad Telúrica

¿Tiene algún otro diagnóstico que **no** sea de alguna de las enfermedades de SSC?

Si es **SI** ponga el/los diagnósticos a continuación:

No todos los enfermos diagnosticados de SCC, tienen un diagnóstico definitivo desde el inicio, en muchas ocasiones suelen añadirse, con el tiempo, otros diagnósticos de SSC a los iniciales, si este es su caso responda a los siguientes ítems **D** (situación previa actual), si no es su caso salte a los ítems **G** (situación actual)

F. Situación previa a la actual:

Año inicio del 1^{er} síntoma	<input type="text"/>	Año del diagnóstico
Diagnóstico 1:	<input type="text"/>	
Diagnóstico 2:	<input type="text"/>	
Diagnóstico 3:	<input type="text"/>	
Diagnóstico 4:	<input type="text"/>	

G. Situación diagnóstica actual:

Año inicio de los síntomas	<input type="text"/>	Año del diagnóstico
Diagnóstico actual	<input type="text"/>	
Grado de la enfermedad actual:	<input type="text"/>	
Lugar donde se lo efectuaron	<input type="text"/>	

H. Su valoración sobre el tratamiento

- Que tratamiento sigue actualmente, y valore su eficacia
 - ◆ **Farmacológico:**

Fármaco	Situación actual		Eficacia percibida		
Antiinflamatorios: <i>(Enantium®, Ibuprofeno®, Voltaren® etc.)</i>	Si	<input type="checkbox"/>	Muy eficaz	Nada eficaz	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	Eficaz	Indiferente	<input type="checkbox"/>
	Abandoné	<input type="checkbox"/>	Poco eficaz		<input type="checkbox"/>
	No recetaron	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Analgésicos <i>(Zaldiar®, Gelocatil®, Fiorinal Codeína®, etc.)</i>	Si	<input type="checkbox"/>	Muy eficaz	Nada eficaz	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	Eficaz	Indiferente	<input type="checkbox"/>
	Abandoné	<input type="checkbox"/>	Poco eficaz		<input type="checkbox"/>
	No recetaron	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Opiáceos <i>(Targin®, Maria, etc.)</i>	Si	<input type="checkbox"/>	Muy eficaz	Nada eficaz	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	Eficaz	Indiferente	<input type="checkbox"/>
	Abandoné	<input type="checkbox"/>	Poco eficaz		<input type="checkbox"/>
	No recetaron	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Lyrica ®:	Si	<input type="checkbox"/>	Muy eficaz	Nada eficaz	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	Eficaz	Indiferente	<input type="checkbox"/>
	Abandoné	<input type="checkbox"/>	Poco eficaz		<input type="checkbox"/>
	No recetaron	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Antidepresivos <i>(Escitalopran®, Citalopran®, Prozac®, etc.)</i>	Si	<input type="checkbox"/>	Muy eficaz	Nada eficaz	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	Eficaz	Indiferente	<input type="checkbox"/>
	Abandoné	<input type="checkbox"/>	Poco eficaz		<input type="checkbox"/>
	No recetaron	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Corticoides <i>(Dolquine®, Prednisona, Urbasón®, etc)</i>	Si	<input type="checkbox"/>	Muy eficaz	Nada eficaz	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	Eficaz	Indiferente	<input type="checkbox"/>
	Abandoné	<input type="checkbox"/>	Poco eficaz		<input type="checkbox"/>
	No recetaron	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Vitaminas:	Si	<input type="checkbox"/>	Muy eficaz	Nada eficaz	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	Eficaz	Indiferente	<input type="checkbox"/>
	Abandoné	<input type="checkbox"/>	Poco eficaz		<input type="checkbox"/>
	No recetaron	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Melatonina	Si		Muy eficaz	Nada eficaz	
	No		Eficaz	Indiferente	
	Abandoné		Poco eficaz		
	No recetaron				
Micro inmunoterapia	Si		Muy eficaz	Nada eficaz	
	No		Eficaz	Indiferente	
	Abandoné		Poco eficaz		
	No recetaron				
Antivirales <i>(Aciclovir®, Valtrex®, Valcyte®, Zovirax®)</i>	Si		Muy eficaz	Nada eficaz	
	No		Eficaz	Indiferente	
	Abandoné		Poco eficaz		
	No recetaron				
Antiretrovirales: <i>ARV's®, AZT®, Tenofovir®, Raltegravir®)</i>	Si		Muy eficaz	Nada eficaz	
	No		Eficaz	Indiferente	
	Abandoné		Poco eficaz		
	No recetaron				
Sales minerales como Magnesio etc.	Si		Muy eficaz	Nada eficaz	
	No		Eficaz	Indiferente	
	Abandoné		Poco eficaz		
	No recetaron				

Otros (describalos y ponga su percepción de eficacia como: **SI, NO o IND.** al lado de cada uno):

0= menor valor / 10 máximo valor

◆ **No farmacológicos**

Terapia Conductual Cognitiva	Si	No	No recuerdo			
Si la realizó, como la valora	Muy eficaz	Eficaz	Indiferente			
Grado de satisfacción de la TCC	0	1	2	3	4	5
Si está insatisfecho de la TCC indique la causa	6	7	8	9	10	

0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor

Productos Fitoterapia y similares	Si	No	No recuerdo
-----------------------------------	----	----	-------------

Si los toma, describalos y ponga su percepción de eficacia como **sí, no o ind.** al lado de cada uno:

Productos dieta y nutrición

Si los toma, describalos y ponga su percepción de eficacia como **sí, no o ind.** al lado de cada uno:

Terapias complementarias (Su experiencia tanto si lo realiza como si lo ha realizado)

Tipo de terapia					Si la realizó, como la valora				
Acupuntura	Si		No		No recuerdo		Muy eficaz	Eficaz	
							Poco eficaz	Nada eficaz	Indiferente
Masajes	Si		No		No recuerdo		Muy eficaz	Eficaz	
							Poco eficaz	Nada eficaz	Indiferente
Magnetoterapia	Si		No		No recuerdo		Muy eficaz	Eficaz	
							Poco eficaz	Nada eficaz	Indiferente
Flores de Bach	Si		No		No recuerdo		Muy eficaz	Eficaz	
							Poco eficaz	Nada eficaz	Indiferente
Meditación	Si		No		No recuerdo		Muy eficaz	Eficaz	
							Poco eficaz	Nada eficaz	Indiferente
Yoga	Si		No		No recuerdo		Muy eficaz	Eficaz	
							Poco eficaz	Nada eficaz	Indiferente
Tai-chi	Si		No		No recuerdo		Muy eficaz	Eficaz	
							Poco eficaz	Nada eficaz	Indiferente

Si realiza otro tipo de terapia complementaria, descríbalas, por favor y ponga su percepción de la eficacia que usted percibe como **siento mejora, mejoro poco, ó no mejoro** al lado de cada uno:

Tipo de terapia	Su percepción

I. Grado de satisfacción como usuario de sanidad pública, en cuanto a atención:

Centro Hospitalario "Público"										
Médico que le atiende	0	1	2	3	4	5				
	6	7	8	9	10					
0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor										
Si está insatisfecho indique la causa										

Centro Hospitalario "Público"										
Enfermera/o que le atiende	0	1	2	3	4	5				
	6	7	8	9	10					
0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor										
Si está insatisfecho indique la causa										

Ambulatorio/CAB/ABS										
Médico que le atiende	0	1	2	3	4	5				
	6	7	8	9	10					
0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor										
Si está insatisfecho indique la causa										

Ambulatorio/CAB/ABS																						
Enfermera/o que le atiende	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td></td> </tr> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10			0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor						
0	1	2	3	4	5																	
6	7	8	9	10																		
0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor																						
Si está insatisfecho indique la causa																						

Ambulatorio/CAB/ABS																						
Fisioterapeuta que le atiende	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td></td> </tr> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10			0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor						
0	1	2	3	4	5																	
6	7	8	9	10																		
0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor																						
Si está insatisfecho indique la causa																						

Ambulatorio/CAB/ABS																						
Otro profesional que le atiende	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td></td> </tr> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10			0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor						
0	1	2	3	4	5																	
6	7	8	9	10																		
0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor																						
Si está insatisfecho indique la causa																						

J. ¿Ha padecido algún tipo de cáncer?, Si la respuesta es **SI responda a lo siguiente:**

Si solo ha tenido un solo Diagnóstico de cáncer			
Indique el diagnóstico			
Año del diagnóstico		Año de resolución si se ha resuelto:	
Donde le efectuaron el diagnóstico	Centro Hospitalario	Área Básica de Salud	
	Médico privado	Especifique si otro	
Ha sufrido recidivas			

Si ha tenido más de un solo Diagnóstico de cáncer			
Indique el diagnóstico 1			
Año del diagnóstico		Año de resolución si se ha resuelto:	
Donde le efectuaron el diagnóstico	Centro Hospitalario	Área Básica de Salud	
	Médico privado	Especifique si otro	
Ha sufrido recidivas			

Si ha tenido más de un solo Diagnóstico de cáncer			
Indique el diagnóstico 2			
Año del diagnóstico		Año de resolución si se ha resuelto:	
Donde le efectuaron el diagnóstico	Centro Hospitalario	Área Básica de Salud	
	Médico privado	Especifique si otro	
Ha sufrido recidivas			

Si ha tenido más de un solo Diagnóstico de cáncer			
Indique el diagnóstico 3			
Año del diagnóstico		Año de resolución si se ha resuelto:	
Donde le efectuaron el diagnóstico	Centro Hospitalario	Área Básica de Salud	
	Médico privado	Especifique si otro	
Ha sufrido recidivas			

K. Responda al FORMULARIO

Como identifica, de los siguientes ítems, su estado habitual, en los últimos seis meses.

Tipo de síntomas	0= menor valor / 5 valor medio / 10 máximo valor											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
El ejercicio me produce fatiga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Siento cansancio extremo, que no se recupera fácilmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sensación como de "apaleado y/o rigidez" al despertar que mejora al levantarse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Intensidad de los dolores musculares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dolores articulares, articulares y/o tendones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dolor punzante en el pecho (entre el pecho y espalda)	No existen			Poco frecuentes -2 al mes				Frecuentes 2-4 al mes				
	Muy frecuente 4-8 al mes				Constantes + de 8 al mes							
Cómo definiría su estado habitual cuando duerme	Duelmo bien y seguido				Duelmo seguido pero no estoy satisfecho				Cuesta dormir pero luego duermo			
	Duelmo seguido pero a ± 4h me despierto				Me despierto continuamente				No concilio el sueño			
Insomnio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Falta de concentración	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Falta de memoria	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dificultad en encontrar palabras adecuadas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Trastornos en la visión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hipersensibilidad a la luz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Siente intolerancia a determinados alimentos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hipersensibilidad a los olores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hipersensibilidad a los ruidos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hipersensibilidad a los olores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Siente intolerancia a determinados alimentos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Siente mareos con regularidad sin justificar el origen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Trastornos intestinales (ciclos o días de diarreas y/o estreñimientos sin justificación aparente)	No existen			Poco frecuentes -2 al mes				Frecuentes 2-4 al mes				
	Muy frecuente 4-8 al mes				Constantes + de 8 al mes							
Sensación de manos hinchadas y/o de torpeza con ellas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dolor en las mandíbulas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dolor de garganta tipo anginas	No existen			Poco frecuentes -2 al mes				Frecuentes 2-4 al mes				
	Muy frecuente 4-8 al mes				Constantes + de 8 al mes							
Percepción de dolor en los ganglios	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sensación de estado gripal continuo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Baja temperatura corporal (entre 35° C y 36° C)	Si	No										
Intolerancia al Frio o al calor	Si	No										
Falta de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Apetito excesivo	Si	No										
Sequedad en la piel y/o mucosas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Picores en la piel o sensación de "como" estar quemada por el sol	No tengo molestias			En el pelo				Manos y/o brazos				
	Pecho y/o espalda				Piernas y/o pies				Todo el cuerpo			
Infecciones recurrentes	Si	No										
Dificultad al orinar y/o sensación de insatisfacción después de realizarlo	No existen			Poco frecuentes -2 al mes				Frecuentes 2-4 al mes				
	Muy frecuente 4-8 al mes				Constantes + de 8 al mes							

Relaciones sexuales dolorosas	No existen			Dolor esporádico			Dolor frecuente					
	Dolor muy frecuente			Inhiben relación								
Falta de entusiasmo o ilusión para realizar actividades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ideas suicidas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Intolerancia a la electricidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Intolerancia a las ondas electromagnéticas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Finalmente ponga la fecha del día rellena el formulario,

--	--	--

Una vez finalizado el cuestionario, lo puede escanear y enviar directamente o bien guardar y enviar el documento a:

investigacionssc@assem.org

o bien mandarlo al **apartado de correo nº 2 Montcada i Reixac - Barcelona**

Gracias por su participación, su ayuda ha beneficiado a muchas personas y puede que, tal vez, a usted también

Robert Cabré Guixé

Director del estudio

Vicepresidente de ASSSEM

Correspondencia: vicepresidencia@assem.org