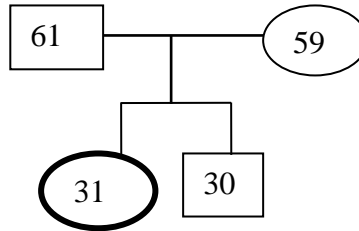


INFORME CLÍNICO

Inicio de evaluación: 19/04/12
Presentación del informe: 16/05/2012
Nº sesiones en evaluación: 3

1. DATOS PERSONALES

- **Nombre:** I. B. T.
- **Sexo:** mujer
- **Edad:** 31 años
- **Nacionalidad:** Española
- **Profesión:** profesora de danza
- **Estado civil:** soltera
- **Estructura Familiar:**



2. MOTIVO DE CONSULTA

2.1 Quejas y demandas específicas:

La paciente acude a la Unidad Clínica del Máster, aconsejado por un amigo que trabaja en la Clínica de Psicología de la UCM, explicando que no sabe qué hacer con su vida, que le angustia el paso del tiempo y que se encuentra triste, sin ganas de hacer nada, como en un callejón sin salida.

2.2 Exploración inicial:

I. muestra un funcionamiento adecuado en las principales áreas psicológicas (memoria, orientación, atención y lenguaje). Mantiene una buena apariencia personal y una actividad psicomotora normal. Se expresa con un lenguaje muy técnico y mantiene un alto análisis de su conducta.

Objetivos de la paciente	Objetivos de las terapeutas
<ul style="list-style-type: none">- Sentirme mejor conmigo misma- Ser capaz de afrontar las cosas de una forma más relajada y menos negativa- Aprender a valorar realmente las cosas positivas- Reaprender a dejar que me quieran y que me lo demuestren- Resolver o suavizar los siguientes problemas:<ul style="list-style-type: none">▪ Ansiedad▪ Poca resistencia a la incertidumbre▪ Inseguridad con cosas que siento que no controlo▪ Anticipar acontecimientos, generalmente negativos▪ Incomodidad a que me muestren afecto, sobre todo a nivel de pareja▪ Miedo a enfrentarme al final de la carrera▪ Salir de mis zonas de seguridad▪ Centrarme en lo negativo y por ende, tomar decisiones▪ Siempre hay algo que me hace sentir mal y tiendo a centrarme en ello	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar Autoestima- Desarrollar Habilidades de Afrontamiento adaptativas- Aumentar el estado de animo- Disminuir la ansiedad cognitiva y las preocupaciones recurrentes- Modificar creencias irracionales y sesgos cognitivos- Organización de la vida diaria

INFORME CLÍNICO

3. ANALISIS FUNCIONAL

1. Expectativa Apreensiva 2. Deficit en HH de Afrontamiento		
ANTECEDENTES	CONDUCTA PROBLEMA	CONSEQUENTES
<p><u>VV. PREDISPONENTES</u></p> <p>REMOTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelado materno (1) (2) • Modelado paterno (1) (2) • Situación familiar desadaptativa (1) (2) <p>PRÓXIMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspense en el examen de acceso al conservatorio (1)(2) • Infidelidad del padre (1) • Abandono del hogar por parte de los padres y hermano (1) • Estudios universitarios incompletos (1) (2) • Ruptura con Ma. (1) • Creencias Irracionales (1)(2) <p><u>VV. DESENCADENANTES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • M informa de su traslado a Chile (1) <p>EXTERNAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • M le hable sobre sus planes de Chile (1) • Que le desorganicen la casa • Ir a visitar a su hermano (1) (2) • Tareas sin finalizar (1) (2) • Dependere de alguien (2) • Situaciones sobre las que carece de control (1) (2) <p>INTERNAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias de desinterés por parte de M. (1) • Sensación de incertidumbre (1)(2) • Expectativas de futuro (familia) (1) 	<p><u>FISIOLÓGICA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar (1)(2) • Tensión muscular (1) • Inquietud (1) • Fatiga (1) • Dificultar para restablecer el sueño (1) • Mareos (2) <p><u>MOTORA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Escapar/ Evitar lugares en los que depende de otros para regresar (2) • Llamar a amigos , pensar en otra cosa, ver la TV, distraerse...(1) • Llanto (1) • Comerse las uñas (1) • Aumenta consumo de cigarrillos (1) • Comer más o menos (1) • Posponer exámenes (1) (2) • Llevar el orfidal en el bolso (2) • Asegurar que el móvil este cargado (2) <p><u>COGNITIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Me queda poco tiempo”, “Tengo mucho por hacer”, “Temo no controlar”, etc. (1) (2) • Preocupaciones excesivas y constantes “Y sí...” (1) • Hipervigilancia (1) (2) • Interpretación de la información ambigua como amenazante (1) (2) • Aplazamiento en la toma de decisiones (1) • Anticipación negativa (1) (2) • Disminución de la atención y la concentración (1) <p><u>EMOCIONAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo a perder el control (1) (2) • Tristeza (1) • Decepción (1) (2) • Angustia (1) (2) • Enfado (1) • Soledad (1) • Culpa (1) 	<p><u>A CORTO PLAZO:</u></p> <p>R +:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensación de control (1)(2) • Aumento de la motivación (1) • Atención por parte de amigos y familiares(2) <p>R-:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de La activación fisiológica (1) (2) • Evitar consecuencias negativas (malestar emocional) (1) (2) • Preparación para el acontecimiento negativo (1) • Distracción de preocuparme de cosas peores (1) <p><u>A LARGO PLAZO:</u></p> <p>Castigo +:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cronificación de los problemas (1) (2) • Aumenta la activación fisiológica (1) (2) <p>Castigo -:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falsa sensación de control (1) (2) • Disminución del estado de ánimo (1) • Disminución de la autoestima (1) • Aislamiento (1) (2)

INFORME CLÍNICO

3.1 Parámetros de conductas problema

1. Expectativa Apreensiva

- ❑ **Topografía:** Ante determinadas situaciones, la paciente refiere presentar una cadena de pensamientos e imágenes con carga afectiva negativa, relativamente incontrolables y orientadas hacia un peligro futuro, referidos a circunstancias de la vida diaria, generándole una alta activación fisiológica.
- ❑ **Estímulos precipitantes externos:** Situaciones familiares, laborales, sociales y de pareja. Encontrarse sola e inactiva.
- ❑ **Estímulos precipitantes internos:** Sensación de falta de control, incertidumbre y de ineficacia.
- ❑ **Frecuencia:** Todos los días
- ❑ **Intensidad:**
 - Familiar : 4/10
 - Social 6/10
 - Laboral 7/10
 - Pareja 9/10
- ❑ **Duración:** 2 horas diarias (mínimo)
- ❑ **Estimulo Delta:** Bailar

2. Déficit en habilidades de afrontamiento

- ❑ **Topografía:** Ante la presencia de situaciones que superan sus recursos de afrontamiento, la paciente refiere un déficit a la hora de definir y orientar el problema, lo que le dificulta la toma de decisiones, por lo que termina evitando o escapando de la situación.
- ❑ **Estímulos precipitantes externos:** Situaciones en las que depende de otros o desconoce.
- ❑ **Estímulos precipitantes internos:** Sensación de indefensión e incertidumbre.
- ❑ **Frecuencia:** Cada vez que aparece un estímulo estresor.
- ❑ **Intensidad:** 8-9/10
- ❑ **Duración:** Mientras permanece el estímulo estresor.

4. EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

4.1. Factores predisponentes y precipitantes:

- **Modelado materno:** La paciente describe a su madre como una mujer sobreprotectora, no le dejaba salir por miedo a que le sucediera algo, alerta a un mundo lleno de peligros. Además ante situaciones conflictivas con su pareja se mostraba pasiva y con un estilo de afrontamiento evitativo.
- **Modelado paterno:** La paciente describe a su padre como un hombre frío, poco expresivo, que utiliza el humor para expresar sus emociones, algo que a ella no le hace ninguna gracia. Durante discusiones con su pareja, él la insultaba, gritaba, etc. según su hija, presentaría un estilo de afrontamiento más agresivo.
- **Situación familiar desadaptativa:** Durante su niñez, ella se ve obligada a compartir la habitación con su abuela, algo que la paciente describe como un factor estresante, ya que no tenía su propio espacio ni privacidad alguna. Por otro lado la **infidelidad de su padre** causó mucha tensión en el ambiente familiar, pasando a ejercer un rol materno y protector con la su madre, quien se deja cuidar. La situación casi termina en divorcio, pero finalmente se solventaron los problemas, decisión que a la paciente le parece acertada. Más adelante, los padres se trasladan nuevamente y ella queda sola en casa, ya que su hermano también se va.

INFORME CLÍNICO

- **Suspense en el examen de acceso al conservatorio:** éste es un hecho que ocurre en la infancia de I. y que describe como muy estresante para ella, ya que se había preparado profundamente para acceder y no lo consigue, algo que supone una notable frustración para ella.
- **Estudios universitarios incompletos:** A pesar de llevar 7 años matriculada en la carrera de derecho, aún le quedan 2 materias que no consigue aprobar ya que las sigue posponiendo. El mero hecho de hablar de temas relacionados con este mundo o pisar la facultad, le resulta estresante.
- **Ruptura con Ma.:** la paciente refiere que su primer y más significativa relación sentimental y sexual fue con una mujer, que en los momentos en que su familia se traslada a otra ciudad y ella se siente sola, pasa a ser su familia y a quererla y comprenderla como no han hecho hasta ahora.
- **Creencias Irracionales:** La paciente presenta ideas de carácter absolutista, demandante y condenatorio, que le hacen ver las cosas de una forma establecida y concreta, como por ejemplo, la visión del mundo como un lugar injusto y peligroso, *“ahora que por fin me he vuelto a enamorar, va y se tiene que marchar, es injusto”*.
- **M informa de su traslado a Chile:** Tras la decisión de M de trasladarse de país, debido a su situación económica, I se plantea acompañarle, pero este le deja claro que no quiere continuar su relación a distancia ni que ella se vaya a vivir con él. Sin embargo la paciente refiere no creerse que este sea el fin de su historia con M a pesar de que ha sido bastante claro y no desea abordar más el tema en cuestión.

4.2. Historia, aparición y curso del problema:

El problema de la paciente comienza desde niña por un lado, por el estilo de crianza de su madre, quien la sobreprotege, evitando su contacto con múltiples situaciones que le parecen miedosas, llegando a aislarla del entorno así como por un padre que no se expresaba emocionalmente y con un trabajo que le hacía permanecer largas temporadas fuera de casa. Las épocas en las que el progenitor estaba presente, son consideradas como negativas para la paciente ya que no estaba de acuerdo con la forma en que su padre trataba a su madre, comunicándose con ella mediante imposiciones e insultos.

Son varias las veces en que I. se enfrenta a un cambio del entorno, mudándose a otras ciudades y colegios debido al trabajo de su padre. Es en esta época, en la pubertad, cuando la paciente se encuentra más cómoda vistiéndose y relacionándose como un chico que como una chica, ya que éstas para ella son aburridas y muy pesadas. Quizá en esto lo que conlleva a que su primera relación sexual y afectiva sea con una chica, Ma., relación que la marcará profundamente ya que la considera su relación más importante puesto que fue lo más parecido a una familia, cuando sus padres se trasladan a un nuevo destino, así como hará su hermano un tiempo más tarde.

Durante esa época, I. decide estudiar la carrera de derecho, dejando el baile a un lado durante una época, para terminar posteriormente posponiendo frecuentemente la realización de exámenes dado que su forma de pensar catastrofista y anticipatoria no le permiten afrontar la situación. Actualmente sigue matriculada en derecho pero lleva siete años tratando de aprobar las dos asignaturas que le faltan para licenciarse, más evita siquiera aparecer por la facultad y todo lo relacionado con esta cuestión.

Asimismo, es por este tiempo, cuando la madre de I. se entera de que su marido le es infiel, algo que desautoriza al progenitor a ojos de su hija, quien pasa a tener un rol protector con su madre. Ésta atraviesa unos momentos sentimentales muy duros y aunque llega a plantearse el divorcio, decide continuar con su pareja, decisión que ve con buenos ojos su hija.

I. mantiene dos relaciones posteriormente a Ma., pero es al conocer a M. cuando vuelve a enamorarse a pesar de la complejidad de la relación. Hace un año, su pareja decide que, debido a la situación económica que está atravesando se irá a vivir a Chile en verano, cerrándole las puertas a I. de realizar este

INFORME CLÍNICO

cambio vital con él y no queriendo abordar dicho conflicto, algo que hace que la paciente se sienta desbordada y con un estado de ánimo más bajo (“como en un callejón sin salida”) en los últimos 3-4 meses., motivo por el cual decide pedir ayuda psicológica.

4.2 Línea de vida

Edad		Acontecimiento
Infancia	+	Las clases de ballet Me voy a vivir a Canarias
	-	No poder salir a jugar a la calle con mis amigas. Aislamiento. Fines de semana con mi padre en casa. Examen de acceso al conservatorio.
9- 10 años	+	Cambio de colegio Primeros líos con chicos
13-14 años	+	Vuelvo a Madrid. “Época chico” Colegio nuevo y conocer a mi mejor amiga. Acercamiento con mi hermano
	-	Falta de intimidad en casa
16 a 25 años	+	Conozco a Ma. Apruebo la selectividad y entro en derecho Mi abuela se va de casa Empiezo terapia Vuelvo a bailar Nuevo grupo de amigas Cambio en la relación con mis padres
	0	Dejo la carrera
	-	Mis padres se van de casa y me quedo con mi hermano y mi abuela. Posteriormente se va mi hermano también. Dejo de bailar Fobia a los insectos Muere la madre de Ma. Casi divorcio de mis padres
25 a la época actual	+	Comienzo relación con G. Convivo con G. Entro en una compañía de baile Postgrado de violencia de género
	-	Ruptura con Ma. Me siento sola y poco comprendida por mis amigos y por G.
Época actual	+	Relación con M. Soy capaz de pararle los pies a mi padre en un enfado
	-	Empiezo a sentirme mal a ir a casa de mi hermano M. se va a vivir a Chile.

5. OTRAS ÁREAS

INFORME CLÍNICO

5.1. Autocontrol: La paciente verbaliza no tener control sobre las preocupaciones que se le presentan; refiere tener dificultad para distraerse, o mantener la concentración exceptuando en situaciones concretas como el baile, su trabajo. Por otra parte relata pensar continuamente sobre la situación actual y futura con M, previniéndola de llevar a cabo algunos de sus deberes y tareas.

5.2. Aspectos Motivacionales: I. se muestra atenta y participativa durante las sesiones. Ha traído los deberes a tiempo, y los realiza de manera meticulosa y acertada. De igual forma ha verbalizado que se encuentra motivada y dispuesta a seguir las pautas a establecer para conseguir el cambio necesario.

5.3. Apoyo social: La paciente cuenta con una importante red de apoyo formada por numerosos amigos, no obstante refleja el hecho de que su familia vive fuera y del deterioro en la relación con su hermano, lo cual muestra un déficit significativo en la red de apoyo familiar. No obstante asegura que si se llegara a necesitar el apoyo de algún co-terapeuta pudiese pedir ayuda a cualquiera de sus allegados, incluyendo a sus familiares, ya que todos conocen de su asistencia a terapia.

5.4. Situación y estilo de vida:

La paciente suele levantarse alrededor de las 13 h; desayuna y permanece unas dos horas navegando por internet para a continuación hacer la comida, ducharse y comer sobre las 15 h. Posteriormente descansa un rato o sale a hacer la compra si lo necesita. Los lunes y los miércoles trabaja, ocupando así desde las 18 hasta las 22h. Los días que descansa, ocupa este espacio de tiempo jugando una partida de rol con sus amigos, leyendo o haciendo "nada". Una vez que llegan las 22 h suele salir a cenar con alguien y dar una vuelta después o irse a casa para leer o ver alguna película hasta las 03:00 ó 04:00 h de la madrugada, hora en que se acuesta.

5.5. Tratamientos anteriores: Hace diez años la paciente acude a un psicólogo, debido a que comienza a sentir un gran miedo relacionado con las cucarachas y otros insectos, pero decide abandonar dicho tratamiento ya que el facultativo le solicita exponerse a dicha situación e I. no se encontraba preparada para ello. La paciente refiere que cada verano tenía miedo a un insecto distinto, sin embargo, ahora se encuentra mucho mejor, ya que aunque algunos insectos aún le causan rechazo, con otros ya no siente casi nada.

Hace un año acude al médico de cabecera debido a su elevada ansiedad y se le receta *orfidal*, medicación que tomará durante un año y que actualmente no consume. Hace tres semanas se le prescribe un antidepresivo (*seroxat* 30 mg. 0-1-0).

6. DIAGNÓSTICO SEGÚN EL DSM-IV

EJE I: F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

EJE II: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]. Características de personalidad perfeccionista, dependiente y carente de asertividad.

EJE III: Ninguno.

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

EJE V: EEAG: 70.

6.1 Diagnóstico diferencial:

- ❑ **Trastorno de depresión mayor:** se descarta debido a que no cumple con ninguno de los dos criterios principales que hacen referencia al estado de ánimo depresivo la mayor parte del día así como disminución del interés en casi todas las actividades. Únicamente refiere tristeza al levantarse, fatiga, sentimientos de culpa, así como dificultad de concentración e indecisión, en relación directas con la expectativa aprensiva.

INFORME CLÍNICO

- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** las preocupaciones de la paciente, manifestadas en forma de pensamientos o imágenes sobre problemas diarios de la vida real no se corresponden con las ideas obsesivas intrusivas y de carácter egodistónico que suelen tomar la forma de urgencias, imágenes e impulsos añadidos, así como tampoco se producen compulsiones que buscan la reducción de la ansiedad del sujeto
- **Trastorno adaptativo:** no cumple criterios ya que en el trastorno adaptativo la ansiedad aparece como respuesta a estresantes vitales y no se prolonga más de 6 meses después de la desaparición de la situación estresante o de sus consecuencias.
- **Trastorno de angustia con agorafobia:** aunque la paciente define momentos de una muy alta activación fisiológica, ésta no cumple criterios para ser una crisis de angustia inesperada; además, la ansiedad no aparece en lugares donde escapar resulta difícil sino en situaciones en las que depende de otros.

7. FORMULACIÓN DEL CASO

7.1- Hipótesis de Origen

El modelado materno, cargado de miedos y de peligros, unido a una forma de comunicación pasiva ante los problemas de pareja, unido al modelado paterno, sin expresión emocional y de carácter agresivo, junto con una situación familiar desadaptativa, hacen que comiencen a gestarse en I. una serie de creencias irracionales sobre la existencia de un mundo injusto y peligroso así como una actuación mediante unas habilidades de afrontamiento poco adaptativas. Dicha visión del mundo, hace que la paciente esté continuamente hipervigilante, atenta a posibles peligros e interpretando la realidad ambigua como amenazante, que le confirman, una vez que se van presentando nuevos problemas familiares, de estudios y de pareja a lo largo de su vida, que la mejor forma de ocuparse es preocuparse y que evitar/escapar como medio de afrontamiento cuando carece de control, es la mejor manera de aliviar su malestar.

7.2 - Hipótesis de mantenimiento

Ante la presencia de pensamientos recurrentes sobre la vida cotidiana I pone en marcha mecanismos de afrontamiento desadaptativos, lo que le lleva asumir que debe preocuparse aún más para así conseguir sus objetivos, alimentándose por refuerzo negativo y por “creencias de utilidad” estas rumiaciones que aparecen en la vida cotidiana de I. El mantener estas preocupaciones, mediadas por creencias irracionales y sus bajos niveles de actividad, la llevan a mantener altos niveles de activación cognitiva y fisiológica, reaccionando con conductas de escape o evitación, manteniendo por refuerzo negativo las interpretaciones de la información ambigua como amenazante ya que reducen a corto plazo sus niveles de activación y le proporcionan una falsa sensación de control.

A su vez, las tendencias de pensamientos rumiativos y ansiosos, se ven incrementados por la aparición de estresores, como la decisión de partida de su pareja M, lo que supone un descenso del estado de ánimo para I, ya que mantiene esta conducta de manera constante sin generar soluciones adaptativas (ante lo modificable y ante lo inmodificable) lo que supone un gran malestar y agobio. De igual forma a largo plazo, estas conductas le han generado un descenso de autoestima y han precipitado un aislamiento de su entorno.

7.3 - Contraste de hipótesis e instrumentos de evaluación:

- **Guía de entrevista clínica general (Muñoz, 2001).**
- **Autorregistro de Actividades semanales:** Con el objetivo de averiguar su patrón diario de actividades cotidianas. Destaca la mala higiene del sueño y los horarios de comidas/cenas. Los resultados se exponen en el apartado 5.4.
- **Línea de vida:** Con el objetivo de identificar los detalles más relevantes en toda la vida del paciente. Los resultados se exponen en el apartado 4.4

INFORME CLÍNICO


- **Registro situación-pensamiento/emoción-conducta:** Con el objetivo de explorar la secuencia funcional de pensamientos, conductas y emociones.
- **BDI-II, Inventario de depresión de Beck:** Detección y cuantificación de la gravedad del síndrome depresivo en función de la intensidad. Obtiene una puntuación total de **22**, que nos indica que el riesgo de depresión de la paciente es moderado.
- **BAI, Inventario de Ansiedad de Beck:** Detección y cuantificación de los síntomas de ansiedad en función de su intensidad, y su discriminación con respecto a la depresión. Se obtiene una puntuación de **16**, lo que nos indica que el paciente presenta una ansiedad baja.

8. PROGRAMA DE TRATAMIENTO

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> + Comprensión del problema, adherencia y preparación al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Devolución de información e hipótesis ○ Explicación y justificación del plan de tratamiento <p style="text-align: right;">(1 Sesión)</p>
<ul style="list-style-type: none"> + Establecimiento de objetivos vitales y de metas realistas y alcanzables + Aumentar estado de ánimo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer objetivos a CP/MP/LP ○ Organización del tiempo ○ Aumento de actividades agradables y hábitos adecuados <p style="text-align: right;">(2 sesiones)</p>
<ul style="list-style-type: none"> + Reducir activación fisiológica y afrontamiento de su sobreactivación de manera más adaptativa 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Psicoeducación ansiedad. ○ Entrenamiento en respiración diafragmática <p style="text-align: right;">(3 sesiones)</p>
<ul style="list-style-type: none"> + Modificar creencias irracionales y sesgos cognitivos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Papel de las cogniciones en la ansiedad persistente (naturaleza de los PANS, sesgos cognitivos – catastrofización, sobreestimación de la probabilidad, etc.-) ○ Entrenamiento en darse cuenta. ○ Reestructuración Cognitiva: Modelo ABC, técnica de las 4 preguntas, flecha descendente. ○ Experimentos conductuales. <p style="text-align: right;">(5 sesiones)</p>
<ul style="list-style-type: none"> + Disminuir la ansiedad cognitiva y las preocupaciones recurrentes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exposición a las preocupaciones (en sesión y en vivo) ○ Prevención de las conductas de preocupación (evitación activa y pasiva: experimentos conductuales). <p style="text-align: right;">(3 sesiones)</p>
<ul style="list-style-type: none"> + Adquisición de habilidades de afrontamiento adaptativas y mejora de la autoeficacia 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entrenamiento en Solución de Problemas ○ Toma de decisiones <p style="text-align: right;">(3 sesiones)</p>
<ul style="list-style-type: none"> + Mejorar la autoestima y autoeficacia 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Árbol de logros ○ Inventario de mi misma ○ Lectura de cartas <p style="text-align: right;">(2 sesiones)</p>

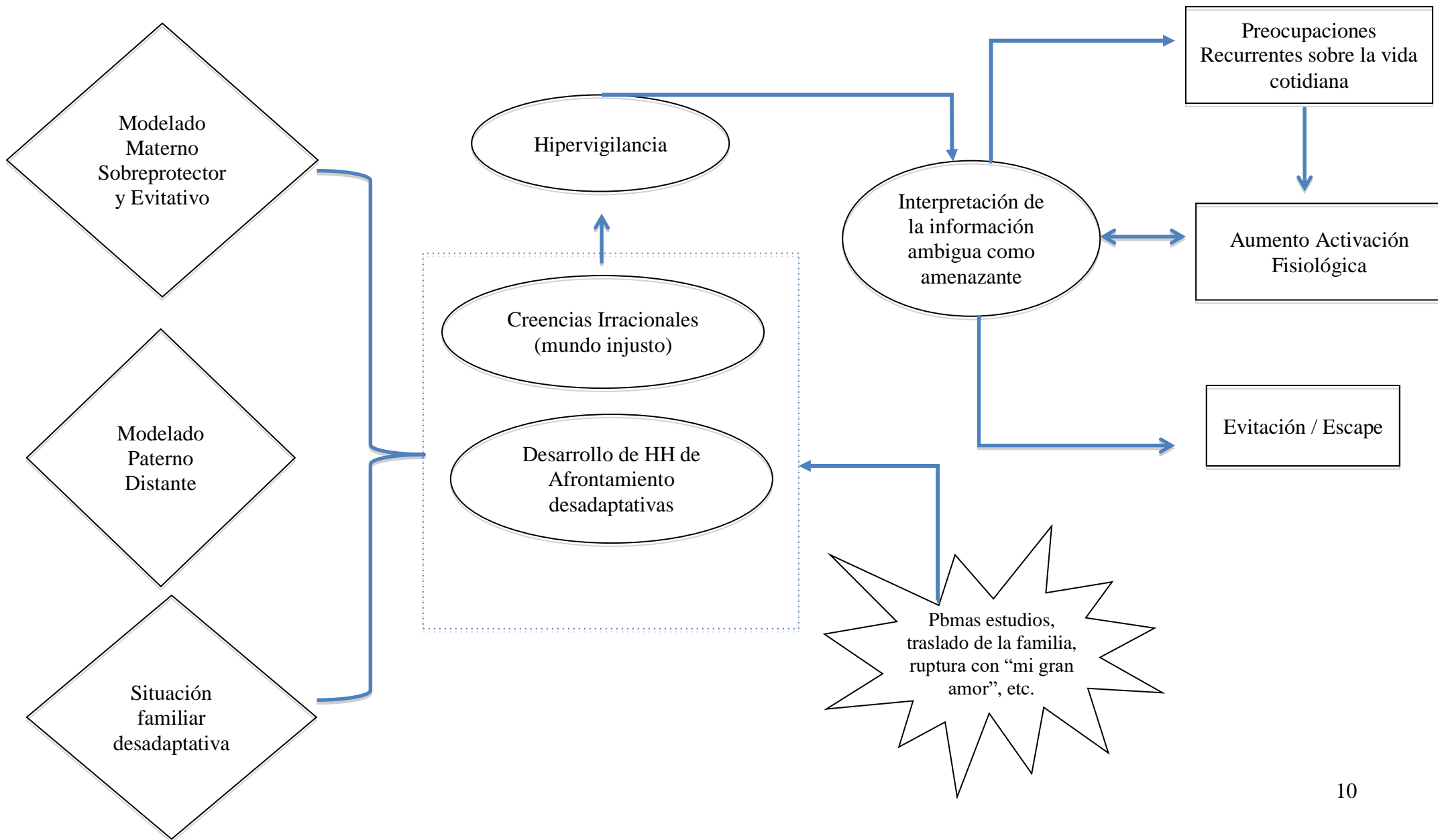
Nº de caso: 3758
Tutor: F.J. Labrador

INFORME CLÍNICO

 Mantenimiento de logros y prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none">○ Repaso de las técnicas aprendidas○ Identificar situaciones de riesgo y programar soluciones alternativas <p style="text-align: right;">(1 sesión)</p>
--	---

INFORME CLÍNICO

HIPÓTESIS DE ORIGEN



INFORME CLÍNICO

