

Mesa redonda: Problemática del Enfermo Crónico

Problemática Psicológica del Enfermo Crónico

El significado psicológico de la hospitalización o del padecimiento de una enfermedad crónica depende al menos de tres factores: la estructura de la personalidad del paciente, la naturaleza y magnitud de la enfermedad, y el ambiente del hospital.

De acuerdo con las propiedades y características de cada persona, es preciso distinguir entre reacciones psicológicas normales y patológicas o desadaptativas ante la enfermedad, discapacidad o pérdida de alguna función. No existe relación directamente proporcional entre la enfermedad objetiva y la forma de sentirla o vivirla que va a manifestar el enfermo. No es difícil distinguir entre ambas formas de reacción porque, mientras que las primeras no agotan las posibilidades de defensa del individuo, las segundas manifiestan que la ansiedad y depresión del enfermo han llegado más allá de los límites esperados o hay una negativa a enfrentarse con los problemas que la enfermedad plantea.

El mero ingreso en un hospital es una experiencia difícil para la mayoría de los pacientes y en algunos casos se ha demostrado la conveniencia de que vaya precedido de una preparación psicológica, particularmente en los niños (Melamed, 1977). Para aquellos pacientes que mantienen una relación simbiótica con alguien en su hogar, la ansiedad puede ser in-

tensa. Por otra parte, el pensamiento referente al riesgo de quedarse permanentemente en cama, la pérdida de independencia y el miedo a la muerte, puede causar importante stress.

Estos problemas pueden hacerse más intensos cuando no tiene información de lo que va a pasar o cuando comprueba que entra en un engranaje que, inevitablemente, aumenta la despersonalización de la relación. Es importante, pues, la acogida inicial.

Reacciones psicológicas más comunes.

No es objeto de la presente comunicación el abordar los cambios psicológicos que se producen en algunas enfermedades y que son de naturaleza sensorial, intelectual o cognitivo; sino más bien centrar el tema en las reacciones emocionales por ser efectos más generalizados en cualquier enfermedad y discapacidad crónica.

Con la salvedad de que cada paciente logra adaptarse a la enfermedad de acuerdo con sus propias características premórbidas; no obstante, puede esquematizarse un proceso de mecanismos adaptativos que, a modo de "retrato robot", es el siguiente:

1. Negación

Cuando una catástrofe sobreviene de la noche a la mañana no le da tiempo al individuo para prepararse a afrontarla. Los problemas cerebrovasculares, por ejemplo, son si-

tuaciones típicas en las que se produce lo que llamamos "Negación".

La Negación tiene la función de prevenir al paciente de sentirse abrumado con la tragedia. Hay muchas maneras de protegerse contra una realidad que no puede ser reconocida: negar la enfermedad o negar los síntomas; afirmar que estuvo enfermo o incapacitado, pero que ya está bien; atribuir sus síntomas a problemas de mucha menor importancia; o "huir hacia adelante" mostrando un interés excesivo por otros asuntos ajenos a su propia enfermedad sin contar con sus limitaciones.

A medida que pasa el tiempo la Negación disminuye y progresivamente van emergiendo otras actitudes características. Debe considerarse este mecanismo como una defensa del paciente, necesaria a veces para ir preparándose para una toma de contacto más realista con la enfermedad y no debe ser destruida precipitadamente. La Negación suele ser frecuente también en aquellas personas que, antes de la enfermedad, consideraban a ésta como una imperfección o una debilidad.

Durante este período puede interferirse gravemente la rehabilitación, por cuanto que para su seguimiento puede ser preciso un mínimo de estabilidad emocional.

2. Agresividad.

A medida que va emergiendo una conciencia de enfermedad, puede surgir alguna reacción de agresividad.

Para defenderse del sentimiento de responsabilidad de su enfermedad, el enfermo proyecta la disfunción sobre los demás. Se pregunta por qué le ha tenido que pasar a él esto precisamente y puede convertirse en un enfermo difícil de manejar por el personal asistencial. Se hace más intenso este fenómeno en los casos de accidentes de trabajo o tráfico, enfermedades profesionales o discapacidades que sobrevienen súbitamente.

El enfermo puede acusar al médico de falta de competencia o de no interesarse por su caso; en el domicilio se convierte en un tirano; se vuelve un pleitista reivindicativo. La enfermedad parece causada por terceras personas.

Estimula la agresividad al sentirse incapaz de ser en el futuro lo que era antes de la enfermedad.

3. Minusvaloración de sí mismo

Otras manifestaciones de la agresividad, esta vez dirigidas contra el propio sujeto, son los sentimientos de inferioridad y falta de estima personal.

El enfermo puede culpabilizarse, sentirse desvalorizado, incapaz; retraerse sobre sí mismo; considerar vergonzosa su enfermedad y separarse de las demás personas. Puede complacerse, en cierto modo, en una contemplación dolorosa de sí mismo.

Los enfermos que han perdido con la enfermedad alguna función física acostumbran a tener una disposición de inferioridad en relación con la población sana. Ocurre, de hecho, que de la gente normal ve al enfermo crónico de manera distinta a las personas normales; es decir, lo infravalora. La razón, un tanto simplificada, de esta devaluación es que la pérdida de algo importante en la persona enferma puede ser percibida como pérdida del calor total de la persona.

Estos sentimientos de minusvalía pueden acentuarse cuando el paciente experimen-

ta un cambio en la propia imagen física o "esquema corporal" como resultado de una intervención quirúrgica o un trastorno metabólico. Como afirma Kolb (1975), "la distorsión de la propia imagen corporal es experimentada como una distorsión del yo".

Es también tarea del equipo asistencial el tratar de limitar la propagación de estos aspectos negativos y descubrir o desarrollar los valores ya existentes y potenciales, y desarrollar medios de compensación por la ausencia de la salud física, o de alguna función física, cognitiva o social.

4. Regresión.

Por el momento, es posible que el enfermo no quiera utilizar todas sus capacidades y prefiera comportarse de manera un poco pueril. Puede volverse pasivo, falta de iniciativa, de decisión, de responsabilidad. Puede dejar de esforzarse por salir de las consecuencias negativas de la enfermedad y por buscar la rehabilitación.

Si bien en las enfermedades agudas este comportamiento dependiente es inevitable, deseado o, incluso, recomendado, en las enfermedades crónicas suele resultar peligroso ya que, eventualmente, puede ser un obstáculo para un retorno dinámico a la vida activa o para una readaptación social ulterior. El peligro puede ser mayor si se prolonga la estancia en el hospital.

A veces el enfermo llega a decir que en el hospital está tan bien o mejor que en su casa; lo cual contradice la definición cultural del enfermo, que supone una situación de sufrimiento. Por otra parte, si existen problemas familiares, conyugales o profesionales, previos a la hospitalización, el enfermo rechaza enfrentarse de nuevo con sus dificultades. La hospitalización significa una tregua. Otras veces el enfermo tiene miedo al futuro, no sabe lo que le espera.

Otra forma de regresión y dependencia es el Egocentrismo.

Cuando la vida está en peligro, la reacción natural es dirigir la atención a salvarla. Así, muchos pacientes, tienen dificultad para entender que otros enfermos también necesitan de la atención del personal sanitario. Su tolerancia ante la frustración desciende. El tratar de comprender estos sentimientos en el enfermo puede hacer cambiar la actitud del personal sanitario con respecto a él.

5. Depresión.

El reconocimiento de la enfermedad o de una carencia grave de una función aumenta la ansiedad y puede surgir la Depresión. A veces el enfermo puede llegar al suicidio. La Depresión es frecuente en enfermos crónicos porque la enfermedad es la constante huella o recuerdo de su imposibilidad.

Es utópico pensar que, pese a todo, se vaya a resolver plenamente el problema o la reacción emocional depresiva ante la enfermedad crónica; no obstante, es tarea de todo el equipo el tratar de que el enfermo alcance el más alto grado posible de aceptación de la misma.

6. Aceptación de la enfermedad

Llega un momento en que el enfermo asume su problema; y es cuando el personal sanitario puede ser más decisivo para conseguir que el enfermo llegue al máximo de su funcionamiento.

Es posible llegar a esta fase sin pasar necesariamente por las anteriores. Tampoco se puede afirmar cuanto tiempo va a durar cada fase, hasta llegar a la última. Depende de las peculiaridades psicológicas del sujeto, de las propias limitaciones físicas y del medio hospitalario en el que fue atendido.

Si bien estas reacciones emocionales pueden ser comunes en numerosos enfermos, cada enfermedad puede ser vivenciada con matices diferentes o reacciones más específicas.

Problemática psicológica del Enfermo Renal

El conflicto central para el enfermo renal, sometido al tratamiento de Hemodiálisis, es el dilema entre la independencia y la dependencia. El enfermo recibe mensajes simultáneos pero opuestos. Es una persona enferma, que debe seguir un tratamiento riguroso que le mantiene atado a una máquina y le obliga a restricciones dietéticas y de ingesta de líquidos, con los efectos secundarios que de ello se derivan (debilidad, cansancio, etc), mientras que, por otra parte, debe reaccionar de manera independiente y responsable durante otras horas del día.

Como afirma Abram (1978), esta simplificada situación implica "hallarse entre la enfermedad y la salud, entre vivir y morir, entre la autonomía y el sometimiento. De la manera en que estos pacientes resuelvan estos conflictos va a derivarse su total adaptación a la diálisis". Algunos enfermos responderán favorablemente al dilema aceptando ambos extremos; otros reaccionarán con excesiva dependencia adoptando el rol del enfermo y apartándose de las responsabilidades y obligaciones de la vida. Habrá otros para quienes la dependencia constituye una amenaza y se revelarán contra la enfermedad y el tratamiento. El abandono de las prescripciones médicas, tema que es objeto de interesantes estudios (Ley, 1977), es el riesgo más común en estas circunstancias. Los pacientes bien adaptados aceptarán su enfermedad y tratamiento (con la dependencia que ello impone) y permanecerán independientes en el resto de su vida.

Este proceso adaptativo del enfermo renal a su enfermedad ha sido también analizado por Abram (1969), que cita cuatro frases:

I.- El Síndrome Urémico

Durante este período inicial el autor recoge, como síntomas más relevantes, la fatiga, apa-

tía, somnolencia, incapacidad para concentrarse, depresión e inestabilidad. A veces puede llegar a haber reacciones psicópatas delirantes o maníacas.

II.- El Cambio hacia el Equilibrio Fisiológico

Entre la primera y tercera semanas de diálisis el paciente se encuentra en la situación de "regreso de la muerte", con fases de apatía, euforia y ansiedad.

III.- Convalecencia

Este período de "regreso a la vida" se extendería desde la tercera semana hasta el tercer mes. Durante este espacio de tiempo es cuando puede surgir la depresión y el conflicto entre la dependencia e independencia.

Es durante este período de tiempo cuando el paciente debe afrontar los inconvenientes y limitaciones derivados de su enfermedad. El temor a complicaciones físicas, con la presencia de la posibilidad última de la muerte; la eventual disminución de la actividad sexual; el cambio de roles en cuanto a la responsabilidad económica de la familia (sobre todo cuando el varón es dializado), son fuentes de conflicto que el enfermo se ve obligado a resolver.

La intervención psicoterapéutica en este momento, con el paciente y su familia, frecuentemente es crucial para una rehabilitación exitosa.

IV.- La lucha por la Normalidad

Desde el tercer mes hasta el final del primer año de hemodiálisis el enfermo se encuentra ante el problema del "más vale vivir que morir". Durante esta fase puede volver a su trabajo y puede haberse adaptado a la rutina de la diálisis. Ha resuelto sus conflictos pero continúa trabajando sobre ellos. Posibles complicaciones físicas pueden exacerbar la depresión o ansiedad.

Entre los 6 y los 12 meses, normalmente alcanza un nivel de adaptación adecuado a los inconvenientes de la diálisis. Sin embargo, los problemas respecto al "más vale vivir que mo-

rir" continúan y algunos pacientes siguen preguntándose: ¿vale la pena vivir así? Llegado a este punto, una ayuda psicoterapéutica es esencial.

Se aprecian a veces "reacciones de aniversario", con un incremento de la ansiedad hacia el final del primer año de hemodiálisis.

Después del primer año, y desde el punto de vista del ajuste psicológico a la enfermedad, algunos pacientes pueden necesitar una ayuda psicológica particularmente centrada en los problemas derivados del conflicto dependencia-independencia y en la depresión. En muchos casos, esta intervención debe ser una terapia orientada hacia la "crisis" y no precisa ser a largo plazo.

Estos pacientes pueden obtener una gran ayuda mediante una "terapia de apoyo" en la propia unidad de Hemodiálisis, de parte del personal sanitario.

Las reacciones psicológicas frente a la enfermedad renal han sido objeto de interesantes estudios, entre los que puede destacarse el de Ford y Casternvoro-Tedesco (1977). De forma especial, y debido a la elevada tasa de suicidio que se ha observado en estos enfermos (considerada entre el 5 y el 20% anual o 400 veces más alta que en la población normal), ha recibido un tratamiento especial en diversos manuales (Kaplan, Freedman and Sadock, 1980; Neill and Sandifer, 1980). Las consecuencias derivadas de la reacción depresiva de estos enfermos ha sido objeto de estudio específico por parte de Abram (1978), quien afirma que la tasa de suicidio obtenida en su trabajo alcanzó el 1,21%, que es significativamente más alta que en la población normal, que se estima de 1 por cada 10.000 personas (0,01%). Si el suicidio se interpreta más ampliamente, por negativa a seguir el tratamiento, la tasa de defunciones es de 4,6%.

La asistencia al enfermo renal precisa un abordaje amplio de sus problemas, desde la

perspectiva somática, psicológica y social, si se tiene en cuenta la amplia repercusión y limitaciones que la enfermedad le impone. Su proceso de readaptación debería ser considerado a la luz de la nueva concepción de asistencia al enfermo, multidisciplinaria e integradora, que dista mucho de la imagen descrita en el clásico manual de Delay y Pichot (1966) que destaca que "el enfermo es débil y son los demás quienes se han de ocupar de él, y es del médico de quien espera, esencialmente, esta ayuda". Frente a esta postura secular en la que se considera al paciente como un ser pasivo, cuyo papel consiste en el cumplimiento de las prescripciones médicas, debería colocarse en un primer plano la responsabilidad del paciente, y de sus familiares o amigos, en la tarea de conseguir su propia curación o adaptación a su enfermedad, con la ayuda de un equipo asistencial que intenta dar respuesta a todas sus limitaciones, hasta donde ello fuere posible.

Como síntesis, el abordaje de las connotaciones psicológicas de la enfermedad somática y de sus repercusiones emocionales, está siendo tomado en cuenta con gran interés y prometedores resultados, dando lugar al campo de la Medicina Conductual entendida como un conjunto interdisciplinar que se ocupa del desarrollo e integración de las ciencias biomédicas y conductuales y del conocimiento de las técnicas relevantes y su aplicación, tanto para la salud, como para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades (Schwartz, 1978). La interacción de ambas ciencias está dando lugar a fructíferos resultados (Ferguson, 1979; McNamara, 1979; Pomerleau and Brady, 1979; Rachman, 1980; Golden, 1981; Eiser, 1982; Keefe and Blumenthal, 1982; y la dedicación de un número monográfico a estos temas de la revista *Journal of Consulting and Clinical Psychology* en 1982).

En el caso de la enfermedad crónica, el tratamiento de los problemas psicológicos se justifica por la doble finalidad de obtener un más alto grado de felicidad y autonomía personal en el paciente, y de acortar el largo camino de la rehabilitación, con el consiguiente ahorro de costes individuales y sociales.

Resumen

Se analiza la problemática del enfermo crónico que tiene lugar como resultado de la interacción de la estructura de la personalidad del enfermo, de la naturaleza de la enfermedad y del ambiente hospitalario. Se describen las reacciones emocionales más comunes en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, con especial mención de las peculiaridades que están presentes en la readaptación del enfermo renal. Finalmente, se constata la necesidad de la integración de todo el equipo asistencial en los diversos aspectos de la rehabilitación, enfatizando la ayuda psicológica a enfermos somáticos, que está dando lugar a la Medicina Conductual.

Summary

Psychological problems of chronic diseases are analyzed as a result of interaction among patient's personality structure, symptoms of disease, and hospital's atmosphere. More frequent emotional reactions in the process of adaptation to chronic disease are described, with special reference to renal patient. Finally, the need of a team integration is stated, stressing psychological aid to physical patients that gives rise to Behavioral Medicine.

Referencias bibliográficas

1. Abram, H.S., *The Psychiatrist, the Treatment of Chronic Renal Failure and the Prolongation of Life: II*, *Amer. Journ. of Psychiatry*, 125, 157-167, 1969.
2. Abram, H.S., *Repetitive dialy-*

sis. En Hackett and Cassem (Eds), *Handbook of General Hospital Psychiatry*, Mosby, St. Louis, Missouri, 1978.

3. Delay y Pichot, *Manual de Psicología*, Toray-Masson, Barcelona, 1966.
4. Eiser, J.R., *Social Psychology and Behavioral Medicine*, Wiley, 1982.
5. Ferguson et al. (Eds), *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine*, Spectrum, N.Y., 1979.
6. Ford, C.V. and Casternvoro-Tedesco, P., *Hemodialysis and renal trasplant- psychopathological reactions and their management*. En Wittkower, E. and Warner, H. (Eds), *Psychosomatic Medicine*, Harper and Row, N.Y., 1977.
7. Golden, Ch. J. et al. (Eds), *Applied Techniques in Behavioral Medicine*, Grune and Stratton, N.Y., 1981.
8. Kaplan, Freedman and Saddock (Eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1980.
9. Keefe, F.J. and Blumenthal, J.A. (Eds), *Assessment Strategies in Behavioral Medicine*, Grune and Stratton, N.Y. 1982.
10. Kolb, L.C., *Disturbances of the Body-image*. En Arieti, S. (Ed.), *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, N.Y., 1975.
11. Ley, P., *Psychological Studies of Doctor-Patient Communication*. En Rachman, S. (Ed), *Contributions to Medical Psychology*, Volume 1, Pergamon Press, Oxford, 1977.
12. McNamara, J.R. (Ed), *Behavioral Approaches to Medicine*, Plenum Press, N.Y., 1979.
13. Melamed, B.G., *Psychological Preparation for Hospitalization*. En Rachman, S., *Contributions to Medical Psychology*, Pergamon Press, Oxford, 1977.
14. Neill, J.R. and Sandifer, M.G., *Practical Manual of Psychiatric Consultation*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1980.
15. Pomerleau, O.F. and Brady, J.P. (Eds), *Behavioral Medicine. Theory and Practice*, Williams

and Wilkins, Baltimore, 1979.
16. Rachman, S., Contributions to Medical Psychology. Volume 2, Pergamon Press, Oxford, 1980.
17. Schwartz, G.E., Yale Conference on Behavioral Medicine: A Proposed definition and statement goals, Journal of Behavioral Medicine, 1, 3-12. 1978.

SERAFIN LEMOS GIRALDEZ
Jefe del Servicio de Psicología Hospital Psiquiátrico Regional Oviedo, Asturias.

Conclusiones de la mesa redonda sobre problemas psicológicos.

En esta mesa redonda intervinieron: el Sr. Serafín Lemos (psicólogo), actualmente jefe de servicio de psicología del Hospital Psiquiátrico de Oviedo y profesor de psicología médica de la facultad de medicina; está muy vinculado a la docencia en enfermería pues fué profesor de la escuela de ATS de dicha facultad.

Intervino también M^a. Jesús Albuerna asistente social, jefe del departamento de Asistencia Social del Hospital General de Asturias; está adscrita al servicio de nefrología desde hace 7 años, haciéndose también cargo de los servicios de Neurocirugía y Neurología de los que también dependen numerosos enfermos crónicos.

Por último, representando a la enfermería nefrológica intervino Raquel Buisan, de sobras conocida por todos nosotros y cuyos interesantes y documentados trabajos sobre este tema la avalan más que cualquier presentación.

Trás la presentación de las ponencias las conclusiones a las que se llegaron al finalizar el coloquio fueron:

1º) La enfermedad trae consigo un desajuste biológico-psicológico y de relación, la mejora o curación deben orientarse hacia estas tres vertientes que

deben ser consideradas con gran atención al emprender cualquier acción de cuidados.

2º) La información a los pacientes es imprescindible para su rehabilitación; esta información debe ser clara, sencilla, concreta e individualizada.

3º) La enfermería debe tener acceso a una serie de medios y formas de trabajo que le permitan en todo momento hacerse cargo del paciente de forma integral; a este respecto la historia clínica de enfermería puede ser un buen medio.

4º) Al paciente se le debe considerar en todo momento dentro de su entorno familiar y social encaminando su rehabilitación a que él y su familia puedan mantener íntegro dicho entorno.

Por LOLA ANDREU
Supervisora Servicio Hemodiálisis H.C.P. BARCELONA

ENFERMOS RENALES

La situación del enfermo renal, dentro del Trabajo Social es calificada como "situación problema". Se considera así debido a que la realidad de este grupo se encuentra mediatizada por una serie de carencias, de salud, integración, comprensión, etc. Por otra parte el hecho de desenvolverse en un esquema social en el que la valía del sujeto está íntimamente relacionada con su productividad, coloca a estos pacientes en una situación de minusvalía y por tanto de marginación.

El tratamiento de diálisis lleva en si la dependencia, el riesgo, el dolor, miedo a la muerte, esto va a dar paso a un cambio de actitud ante la vida, cambio que siempre se va a producir, aunque no se manifieste

La hemodiálisis conlleva la sensación de pérdida de independencia de estimación, problemas con su imagen corporal, que fácilmente conduce a una actitud depresiva.

Hemos visto que a medida que transcurre el tiempo de diálisis aumentan los sentimientos de minusvalía, inferioridad, inutilidad e inc apacidad de mirar al futuro con optimismo, la apatía es sumamente frecuente.

Todas estas causas junto a la rigidez del tratamiento, dan lugar a conductas agresivas, frecuentemente enmascaradas con una falsa docilidad, ya que es difícil mostrarse hostil con aquel de quien creemos que nuestra vida depende.

Observamos como cada paciente muestra unas preferencias por determinados miembros del equipo, y resentimiento y hostilidad hacia otros.

La limitación para manifestar adecuadamente estos impulsos genera un sentimiento de ansiedad.

Mecanismos de defensa utilizados con frecuencia por el enfermo renal.

-Negación. Fácil de confundir con la aceptación. Interés excesivo por el trabajo sin contar con su limitación.

-Regresión. Conductas pueriles, negativas. Establece con el equipo una relación de padre-hijo. Concede omnipotencia al equipo para descansar su inseguridad.

-Racionalización.

-Desplazamiento. Su propia inquietud la trasladan al estado de sus compañeros, compadeciéndolos.

El problema familiar, si no existe de antemano, coincide con la aparición de la enfermedad, la angustia por el peligro de pérdida de un miembro del grupo familiar, desarrolla unas actitudes de protección que generan una mayor dependencia del enfermo. La protección a medida que pasa el tiempo puede convertirse en un sentimiento de carga.

Esto junto con el problema laboral, menor percepción económica, origina un cambio de papeles en la estructura familiar, que repercute tanto en la persona que cede el poder como en el que lo asume.

Si ya existía un problema familiar, las relaciones se deterioran más y el caos será mayor.

La apatía de que antes habíamos, la desilusión, el aislamiento, hace que se vaya auto-marginando y que además de su conflicto familiar, se debiliten sus relaciones grupales.

Si tenían amigos, ya no salen, si realizaban actividades las abandonan. Para algunos pacientes de medios aislados o extremadamente introvertidos la enfermedad puede ser un refugio y el contacto con otros enfermos su único medio de relación.

Las amas de casa en tratamiento de diálisis sufren menos modificaciones en su rol. Sin embargo los cabezas de familia sufren más modificaciones en relación directa con la alteración que haya padecido su vida laboral.

Los pacientes de menor edad tienen más problemas en sus relaciones con el medio y el sentimiento de frustración y marginación está mucho más acusado.

La enfermedad de por sí no ocasiona el problema laboral, sino que ésta y el tratamiento crea una limitación. El paciente

no puede seguir con las mismas funciones, pero si que está en condiciones de realizar otro trabajo más sedentario adaptado a su horario de diálisis y a su nueva situación.

Es frecuente que los enfermos que tenían trabajos por cuenta propia sigan realizándolos.

Como la adecuación a un nuevo puesto de trabajo raramente se da, suelen pasar a la invalidez, y como las prestaciones son escasas originan un problema económico, que incide negativamente en la situación familiar.



TRAVENOL

primeros
en el mundo de la Diálisis

