convivencias

Me importas

Un testimonio de *p*siquiatría *V*iva



María Dolores Braquehais Conesa

(Con la colaboración de
Amanda Rodríguez Urrutia)

Octaedro

Dra. María Dolores Braquehais Conesa. Psiquiatra, doctora en Psiquiatría, licenciada en Filosofía y máster en Bioética y Derecho. En la actualidad, es jefa clínica de la Clínica Galatea, sede asistencial ubicada en Barcelona, del Programa d'Atenció Integral al Professional de la Salut Malalt. También es profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

Dra. Amanda Rodríguez Urrutia. Psiquiatra, doctora en Psiquiatría, máster en Trastorno Mental Severo y posgraduada en Medicina Psicosomática. En la actualidad, es psiquiatra del Programa de Depresión Resistente y coordinadora de tutores y docencia de residentes MIR del Servicio de Salud Mental del Hospital Universitari Vall d'Hebron. También es miembro del Comité de Ética Asistencial del mismo hospital y profesora asociada del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Ambas forman parte del Grupo de Investigación en Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones del Institut de Recerca de l'Hospital Vall d'Hebron (CIBERSAM, G-27).

Me importas

Un testimonio de
*p*siquiatría *V*iva

con vivencias 68

María Dolores Braquehais Conesa

(Con la colaboración de
Amanda Rodríguez Urrutia)

ME IMPORTAS

Un testimonio de *p*siquiatría *V*iva

Octaedro

Colección Con vivencias - 68

Título: *Me importas. Un testimonio de psiquiatría Viva*

Primera edición: febrero de 2024

© M. Dolores Braquehais Conesa, Amanda Rodríguez Urrutia

© De esta edición:
Ediciones OCTAEDRO, S.L.
Bailén, 5 – 08010 Barcelona
Tel.: 93 246 40 02
octaedro@octaedro.com
www.octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-19900-88-3
Depósito legal: B 4854-2024

Diseño de la cubierta: Tomàs Capdevila
Composición de la cubierta: Silvia Abollado Rego
Realización y producción: Editorial Octaedro

Impresión: Ulzama

Impreso en España - *Printed in Spain*

Agradecimientos

Gracias a quienes queremos y nos quieren.

Por los «entres» que hemos ido tejiendo.
De los más cardinales a los más periféricos.
De los más fugaces a los más duraderos.
Sin ellos, la vida no sería sino mera supervivencia.

Índice

Introducción Un testimonio, no un alegato 9

Capítulo 1. «Me importas» 23

Capítulo 2. Hay duelos imposibles 35

Capítulo 3. Lo merezco o no lo merezco: he ahí el dilema 49

Capítulo 4. En cuerpo y alma 61

Capítulo 5. A propósito del cuidado 75

Capítulo 6. Cuando dos más dos no son cuatro 89

Capítulo 7. Los resultados no nos pertenecen 101

Capítulo 8. Hacemos daño y nos dañan 115

Capítulo 9. Se quedó afónica 129

Capítulo 10. Dime cómo miras 139

A modo de (in)conclusión 155

Introducción
Un testimonio, no un alegato

> Camina, camina. Quizás nunca lograrás alcanzar los confines del alma aunque recorras todos sus caminos; tan profundo es su logos.
>
> Heráclito de Éfeso

Bienvenido o bienvenida a un paseo por rutas que creemos no habrá transitado antes. Le pedimos que nos preste atención, lo más valioso que tenemos junto con el tiempo. Y nos comprometemos a procurar hacer un buen uso de ambos. Le invitamos a caminar a nuestro lado, pero también puede elegir otras sendas e incluso interrumpir la marcha por la razón o sinrazón que sea.

Va a asistir a una historia en primera persona, en este caso del plural, de vivencias que hemos atravesado como psiquiatras. No pretendemos hacer un alegato a favor de nuestra profesión, ni tampoco cuestionar a quienes puedan tener una opinión diferente tanto de su naturaleza como de las maneras de ejercerla. Dar testimonio es una de tantas maneras de contar. Elegimos esta porque nos parece que la realidad supera a la ficción. En todos los sentidos. De igual

manera que, como diría Henry Bergson, «la vida excede a la inteligencia».

En la actualidad, para adquirir el reconocimiento profesional como psiquiatra en nuestro país se requiere haber completado la formación especializada que sucede a la finalización de la licenciatura de Medicina. Como psiquiatras, desarrollamos dicha capacitación en un período como médico interno residente (MIR), durante el cual, de manera supervisada y progresiva, adquirimos las competencias básicas para trabajar como psiquiatras.

El ejercicio clínico posterior puede desarrollarse en el sector público, en el privado o en ambos. La psiquiatría se ha ido especializando en diversas ramas. Por lo que respecta a los distintos momentos evolutivos, queda claramente delimitada la psiquiatría de adultos de la infanto-juvenil, recientemente reconocida y diferenciada como especialidad en el sistema MIR. Los dispositivos asistenciales de adultos se dividen entre los que atienden los problemas relacionados con las adicciones y los que abordan otros trastornos mentales. A su vez, existen unidades especializadas en el abordaje de algunos trastornos; desde los relacionados con la conducta alimentaria, a los que atienden a personas con trastornos de la personalidad (en especial, el trastorno límite), el trastorno bipolar o la depresión resistente. También existe la denominada psiquiatría de enlace, ubicada en grandes hospitales, que colabora con otras especialidades médicas cuando hay problemas concurrentes.

En el ámbito público, la psiquiatría se ejerce mayoritariamente en entornos vinculados a la comunidad; es decir, en ambulatorios o centros de salud mental, en hospitales de día e incluso en programas de atención domiciliaria o de asistencia a las personas sintecho. Los ingresos psiquiátricos por cuadros agudos suelen tener lugar en hospitales generales, por considerarse que deben ser abordados como los de cualquier otra especialidad médica. Cuando se necesita una hospitalización más larga, habitualmente por la complejidad del caso, el ingreso se lleva a cabo en recursos residenciales de estancia prolongada que procuran, de manera menos apresurada, afianzar el proceso terapéutico que permita al paciente volver a su entorno habitual. Existen también servicios de urgencias psiquiátricas, mayoritariamente en hospitales generales que están abiertos veinticuatro horas al día para los casos que requieran este tipo de atención. También los hay, pocos, en algún hospital psiquiátrico. Cuando los pacientes ingresados por una causa médica o quirúrgica requieren ser evaluados desde el punto de vista psiquiátrico, el médico responsable del caso solicita una valoración (interconsulta) al Servicio de Psiquiatría, que a veces puede limitarse a una mera orientación clínica, pero que en algunas ocasiones consiste en una intervención que dura lo que la hospitalización y que puede seguirse de recomendaciones tras el alta.

Lo habitual no es que trabajemos en solitario, sino en el seno de equipos formados por diversos profesionales del campo de la psicología, el trabajo social o la enfermería. De

ahí que las tareas de cuidado recaigan en varios actores que aportan perspectivas diferentes. La tendencia al trabajo interdisciplinar se va afianzando progresivamente. Se trata de acompañar el sufrimiento integralmente, no de forma parcelada, encargándonos de los múltiples factores interaccionen de manera compleja en cada caso.

Puede ocurrir que los pacientes sean atendidos involuntariamente por el psiquiatra cuando hay un riesgo para sí mismos o para otros, provocado por un trastorno mental que altera la conducta, interfiere en el juicio de realidad o cuando confluyen ambos. En estas circunstancias, suele ser las personas del entorno –habitualmente, la familia o los allegados– quienes piden ayuda en lugar del paciente. En todo caso, los ingresos y las intervenciones terapéuticas contrarias a la voluntad del sujeto (como las contenciones mecánicas) deben estar siempre avalados por la autoridad judicial competente de acuerdo con la legislación en vigor. Bien es verdad que se va afianzando la tendencia a reducir al mínimo indispensable dichas actuaciones, cuando no a eliminarlas. Para tal fin es preciso dotar a los servicios de salud mental y a otros agentes sociales de recursos materiales y humanos suficientes que permitan poner en marcha fórmulas alternativas tanto desde el punto de vista preventivo como terapéutico.

En todo caso, todavía hoy en día, este tipo de actuaciones son excepcionales. Incluso en el supuesto de tener que recurrir a ellas, es importante clarificar que no albergamos tentación alguna de control ni de autoritarismo, sino que en esas situaciones límite nos mueve la intención de proteger a

quien tratamos y, en ocasiones, a su entorno, cuya seguridad puede verse comprometida por causa de una alteración de conducta grave. El propósito es siempre acompañar y aliviar, en la medida de lo posible, a quienes asistimos.

No en vano, es la razón primordial por la que elegimos Medicina como carrera universitaria. Incluso podemos ir más allá. En otras especialidades, hay una tendencia progresiva a circunscribirse de manera atomizada a un área específica del cuerpo, con lo que acaba perdiéndose de vista la singularidad de quien nos consulta. En psiquiatría, en cambio, es muy difícil abstraerse del sujeto único que en ese momento atendemos.

De hecho, la exploración psicopatológica completa abarca desde lo que le ocurre en el momento que se consulta, a la historia previa médica, personal y familiar, además de tener en cuenta los rasgos sobresalientes de personalidad y el estilo de afrontamiento que se ha ido consolidando a lo largo de la vida. Por tanto, atendemos a seres que relatan su biografía, su presente y su pasado, y que hablan de sí mismos, de los demás y de lo que les rodea. Y para conocer qué les ocurre y plantear una hipótesis de por qué es así y de cómo podrían salir de dicha situación, necesitamos saber sobre cada persona y sus circunstancias.

La psiquiatría, por tanto, es una especialidad médica que se dedica a la atención y tratamiento de los trastornos mentales. Definirla es el primer paso arriesgado. Pues no es lo mismo hablar de *enfermedad* mental que de *trastorno*. Para muchos, el primer término tiende a asociarse a la fatalidad

de lo que le sucede a nuestro cerebro, mientras que el segundo puede entenderse más ampliamente, ya que podemos «trastornarnos» por muchos motivos y de variadas maneras, aunque siempre nos compete hacer –o dejar de hacer– algo al respecto. Es tan complejo nuestro mundo interno que hay quienes apostarán, primordialmente, por delimitar en categorías distintas las formas de manifestarse el malestar psíquico (llamémoslas trastornos, síndromes clínicos o enfermedades), cuando otros abogarán por un modelo en el que la locura y la cordura sean los polos extremos de un único *continuum*. Algunos paradigmas conviven con ambas perspectivas, privilegiando uno u otro enfoque según el fenómeno psíquico al que se refieran.

Germán Berrios señala que la psiquiatría, como disciplina teórica y práctica, se ocupa, conceptualmente, de «objetos híbridos». Es decir, los síntomas y trastornos mentales no son ni físicos –como las piedras, los insectos o los tumores pancreáticos– ni abstractos –como las virtudes o los símbolos–, sino que su naturaleza es híbrida. Para Berrios, lo que nos relatan los pacientes u observamos en sus manifestaciones es el resultado de un complejo proceso por el cual las señales cerebrales se configuran mediante códigos culturales. Pero no solo esto. Nadamos en un entorno sensorial y no sensorial (cultural) con el que mantenemos una compleja relación bidireccional.

Pese a las evidencias acerca de la unidad indivisible mente-cuerpo, la práctica cotidiana habitual tiende a establecer una línea divisoria insoslayable entre ambos, algo que puede

explicar la tendencia a asignar un lugar marginal a lo «mental» en el seno de la medicina. Cuando en realidad nos deprimimos, nos ponemos nerviosos, alucinamos, nos duele el estómago o nos confundimos «en cuerpo y alma».

Además, no somos entes descontextualizados. Ortega y Gasset, en sus *Meditaciones del Quijote* (1917), planteó: «Yo soy yo y mi circunstancia; y si no la salvo a ella, no me salvó a mí». A lo largo del libro, tendremos presente esta sentencia, aunque nos atreveremos a completarla con la advertencia de que ni estamos solos en el mundo ni tampoco somos la medida de todas las cosas. Más allá del esquema conceptual «mente-cuerpo-contexto», cada persona es «alguien» que se encuentra inmerso en su propio vivir. Al fin y al cabo, no somos sino entes en los que la Vida (o, por decirlo ontológicamente, el Ser) se manifiesta de manera singular.*

Por otra parte, no somos ajenas a la presión del capitalismo tardío por «patologizar», es decir, por convertir cualquier malestar en un trastorno mental. El imperativo hedónico de nuestro tiempo aparece reflejado en el concepto ideal de salud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Si revisamos las clasificaciones de los trastornos mentales en vigor, ya sea la de la misma OMS o la de la Ame-

* Algunos términos que aparecen este libro, como Vida, Ser, Otro…, se escriben de manera intencionada en mayúsculas, aunque no sea lo preceptivo. Se trata de poner el énfasis en hasta qué punto nos exceden y salen del registro de lo propio (vida, otros, ser…). Esto es aún más relevante respecto a la Vida, pues es el *leitmotiv* de nuestro testimonio.

rican Psychiatric Association (APA), cualquier sufrimiento psíquico puede acabar siendo catalogado como un trastorno mental. Y en cambio, somos conscientes de que la vida se acompaña de dolor. Este corre parejo a nuestra vulnerabilidad, al hecho de tener que morir, a la incertidumbre del devenir, a la dependencia de otros seres, a los innumerables avatares de la existencia; en suma, a las adversidades que aparecen tarde o temprano en nuestro devenir. Pero igual que no podemos ignorar, en palabras de Martha Nussbaum, nuestra «condición trágica» –es decir, cuánto no elegimos de nuestro ser y de sus circunstancias–, debemos recalcar que no somos meros espectadores sin responsabilidad en nuestro acontecer.

Es importante evitar estos malentendidos y delimitar qué corresponde verdaderamente a un trastorno mental. Puesto que estos existen. Y porque, ya sea de forma abrupta o sostenida en el tiempo, muchos de ellos se acompañan de una quiebra importante en la vida del sujeto que le lleva a claudicar de una u otra forma, pero siempre como cuerpo-mente-contexto. Si empleamos una metáfora arquitectónica, hay grietas más o menos superficiales, y otras más profundas, que amenazan la estructura del edificio. También hay épocas en la historia o modos de vivir (culturas) en las que las viviendas son capaces de no derrumbarse pese a innumerables contratiempos y otras, en las que flota en el ambiente que cualquier desperfecto puede arruinarlas. Puede que, en la actualidad, haya que evitar magnificar el impacto de cualquier pequeña fisura.

Vamos a intentar no caer en posicionamientos teóricos extremos. Clasificar forma parte de los modos humanos de enfrentarnos a la realidad. Cuanto más categóricas son las divisiones, más tranquilizadoras nos resultan de cara a la supervivencia, pero menos se abren a la complejidad. Existen múltiples corrientes *psi*, desde la psiquiatría denominada «biologicista», a la diáspora de abordajes psicoanalíticos, pasando por todas las escuelas psicoterapéuticas, incluidas las integradoras. Como sucede con cualquier modelo, cada cual tiende a establecer un perímetro que le delimita de quienes no se le asemejan. Incluso en una misma línea de pensamiento, algunas posiciones se muestran incompatibles entre sí. No es infrecuente que, en los tratados de una u otra corriente, se haga anatema de lo que plantean otras. De manera simplificada, vivimos pensando que solo está bien o es acertado lo que pertenece a nuestra manera de aprehender la realidad.

En este libro intentaremos alejarnos de la creencia ciega de que un solo modelo pueda dar cuenta de lo complejos que somos. No tanto para llegar a una componenda teórica sin pies ni cabeza, ni a un relativismo, tan caro en nuestro tiempo, sino para cuestionarnos nuestras certezas y no caer en una suerte de fanatismo técnico.

Por otra parte, entendemos el sentido comunitario de nuestro quehacer no tanto como una mera decisión sobre la promoción de dispositivos asistenciales en el entorno cercano al paciente, sino como lo que resulta posible gracias al diálogo: con nosotros mismos, con los pacientes,

con las personas involucradas en su cuidado y con las distintas maneras de abordar los fenómenos humanos. Para que se traduzca en una realidad posible, es preciso proporcionar suficientes recursos a los que se encargan de su cuidado.

Podríamos plantearnos que hay dos modos extremos de ejercer, como polos de una brújula hacia los que se orientaría el rumbo diario de nuestro quehacer. La «psiquiatría Viva» (con el adjetivo «Viva» en mayúsculas) se cuestionaría el porqué y para qué de su día a día; sería consciente de sus límites, aceptando la crítica, abriéndose a otros discursos y asumiendo que su labor se circunscribe a un encuentro, más o menos duradero, con un ser, sujeto de derechos y deberes, que se nos muestra en una situación de fragilidad que no es otra, en último término, que la nuestra. Cuando trabajamos así, cobra protagonismo la Vida, y no tanto nuestra fugaz y precaria intervención en ella. Evitaríamos, pues, expandir sin rubor las prerrogativas de nuestra disciplina más allá de lo que le compete. Lo contrario sería otorgar una preeminencia a la «Psiquiatría» (en mayúsculas) en detrimento de la «vida» (en minúsculas), prevaleciendo, a menudo, el discurso autocomplaciente del narcisismo o las explicaciones, bien omniscientes, bien reduccionistas, de cualquier fenómeno humano.

Nuestro quehacer como psiquiatras combina la «mirada» y la «escucha», pero también el diálogo y la intervención, farmacológica y no farmacológica, dependiendo de cada caso. En realidad, los términos *mirada* y *escucha* no

son inocentes. Desde algunas interpretaciones críticas con la psiquiatría actual, se alega que esta se limita a una mirada dedicada, exclusivamente, a registrar síntomas y etiquetar trastornos y, por consiguiente, a las personas, para proceder a su tratamiento (farmacológico). La clínica de la escucha, en cambio, reivindicada, sobre todo, por autores de raigambre psicoanalítica, abordaría el malestar del sujeto en su singularidad sin preocuparse tanto por «explicarse» lo que le sucede cuanto por «comprender» y acompañar al paciente en su convivencia con el malestar. Si en la primera la persona que sufre adopta un papel pasivo, en la segunda mantiene una relación activa con lo que le ocurre, ya sea un cuadro de ansiedad o un delirio.

Preferimos considerar estos dos modos como los extremos de una línea continua en la que cada terapeuta podría ubicarse, no tanto por pertenecer a una determinada disciplina académica o teórica, sino por su manera de trabajar. También depende de otros factores como el contexto en el que tiene lugar (por ejemplo, las condiciones arquitectónicas de los espacios asistenciales), las características del encuentro (no es lo mismo una atención de urgencia que un seguimiento a largo plazo), el tiempo del que se dispone, las personas que participan, el tipo de intervención que se solicita y la situación particular en que se encuentran, en ese preciso instante, los sujetos involucrados.

La función de acompañar a las personas que sufren «interiormente» ha recaído, a lo largo de la historia, en diversos actores. Desde un punto de vista antropológico, los doctores

Jerome y Julia Frank propusieron en su libro *Persuasion and healing* («Persuasión y sanación») que las figuras a las que cada cultura encomienda esta labor, y a quienes se dota de autoridad para ello, son los facilitadores principales de un proceso en el que se procura vencer una situación de desmoralización o claudicación. Atravesar dicho proceso acompañado de ese agente, considerado socialmente como sanador, puede ser de ayuda para el sujeto o para su comunidad. Desde hace un tiempo se nos ha atribuido el rol, mayoritariamente, a los profesionales *psi*, pero no es descabellado figurar que esto cambie en el futuro. En todo caso, la situación en la que se nos ha ubicado en la actualidad es la que nos ha permitido ser testigos directos de algunas de las historias que vamos a compartir.

No vamos a detenernos en cuestiones técnicas, es decir, relacionadas con diagnósticos o tratamientos, sino en lo que sucede, esencialmente, en este tipo de encuentro. En palabras del filósofo Josep María Esquirol, «estar a la intemperie» es un rasgo definitorio de la condición humana. Esto se acentúa cuando el sufrimiento de toda índole, pero especialmente el que abordaremos en estas páginas, nos hace mella. Cuidar a las personas en esos avatares puede ser entendido como una manera de procurar darles cobijo –metafóricamente–, siquiera de forma temporal e imperfecta. No con paternalismo o conmiseración, sino haciéndonos cargo de lo complejo que es vivir y de cómo intenta hacerlo cada cual.

Somos conscientes de que no vamos a poder cubrir el amplísimo abanico de manifestaciones psicopatológicas. Nos

mueve un abordaje «intensivo» (de hondura) más que uno «extensivo» (de acumulación). Es decir, lo que presentamos son solo pinceladas de nuestro día a día. Pues en cada encuentro, en su singularidad, sucede irrepetiblemente lo humano; también lo que nos excede.

De cara a facilitar la lectura del texto, omitimos las referencias y las notas al pie de página. Aun así, lo que reflexionemos estará embebido, consciente o inconscientemente, del legado colectivo que nos habita. De algunas ideas, hemos hecho constar la autoría. Puede que algunos planteamientos ya hayan sido propuestos en otro lugar o por otras personas. Si no lo hemos hecho explícito, ha sido por desconocimiento. En ese caso, pedimos que nos disculpen las fuentes originales, a quienes reconocemos todo el protagonismo. No tenemos pretensión de originalidad, sino de conversar –imaginariamente– con quien se acerque a nuestro texto.

Los relatos que incorporamos son verídicos, aunque algunos detalles se modifican ligeramente o se enmascaran para garantizar el anonimato de los protagonistas. Detenernos ante ellos tal vez pueda ayudarnos a vivir mejor. O a hacerlo con los ojos más abiertos, con mayor amplitud de conciencia. No entendemos ese «vivir bien» como un recetario centrado en la «economía» del bienestar propio, privado, sino como un conducirnos sin perder de vista el bien común. Aun así, lo que suceda cuando usted lea este libro, lo que le provoque, es «indisponible». Como tantísimas otras cosas más.

Nuestra intención ha sido lo que, en otras palabras y refiriéndose a la poesía en lugar de a la vida, canta León Felipe en este poema:

Deshaced este verso,
quitadle los caireles de la rima,
el metro, la cadencia
y hasta la idea misma…
Aventad las palabras…
y si después queda algo todavía,
eso
será la poesía.

Si desea más información o adquirir el libro diríjase a:

www.octaedro.com

convivencias

- El filósofo desnudo
  Alexandre Jollien
- Fragilidades
  Jose M. Asensio Aguilera
- La humanización del duelo
  Carme Serret Vidal,
  Jose M. Asensio Aguilera
- Soy adulto, soy adoptado
  Cristina Negre, Montserrat Freixa,
  Anna Cruañas
- Derechos frágiles. Autobiografía de una generación de mujeres
  Gemma Lienas
- La sabiduría del corazón. Pensar las emociones, sentir los pensamientos
  Luigina Mortari
- Si cada vez sabemos más, ¿por qué no somos más felices?
  Amalia Marugán Guijo,
  Silvia Bautista Meruelo
- Yoga para el corazón
  Marisa Barros
- ¿Adictos o amantes? Claves para la salud mental digital en infancias y adolescencias
  José R. Ubieto



con vivencias

Me importas

Un testimonio de *p*siquiatría *V*iva

Este libro no es un alegato a favor de la psiquiatría; tampoco cuestiona a quienes tengan una opinión desfavorable de su naturaleza o de las maneras de ejercerla. Es un testimonio, en clave reflexiva y con cierto trasfondo poético, dirigido a quien le interese la vida humana, especialmente la íntima.

El título enfatiza que el «me importas» es crucial en nuestro quehacer como psiquiatras, al igual que en cualquier otra relación personal. En el subtítulo se apuesta por uno de los dos polos hacia los que orientar el ejercicio profesional. La «psiquiatría» (en minúsculas) «Viva» (en mayúsculas) aspira a que cobre protagonismo la vida, y no tanto nuestra fugaz y precaria intervención en ella.

Los relatos que se incorporan son verídicos, aunque algunos detalles se modifican ligeramente o se enmascaran para garantizar el anonimato de los protagonistas. Detenerse ante ellos puede ayudar (o no) al lector a vivir mejor. O a hacerlo con una conciencia más amplia. Ese «vivir bien» no se presenta como un recetario centrado en la economía del bienestar propio, privado, compuesto de fórmulas más o menos fáciles y rápidas, sino procurando asumir nuestros claroscuros y limitaciones, pero teniendo presente el bien común; es decir, a los demás. Y sin dejar de reparar en lo que nos excede, que es tanto.

ISBN 978-84-19900-88-3
9 788419 900883

Octaedro