

Trabajos de Revisión

Impacto de la Epilepsia en la Familia

Ana María Alarcón Molina.

Psicóloga Agrupación de Padres de Niños con Epilepsia (Apadene), Hospital Luis Calvo Mackenna.

amalarcon@vtr.net

ABSTRACT

A number of biologic, psychological and social repercussions is brought about not only to the patient but to his or her family members who manifest different reactions in the face of the impairment caused by the disease. Conflicts and altered relations and needs arise in various family subsystems; the family members are forced to face all of the demands imposed on them by a chronic disease.

RESUMEN

La epilepsia ocasiona una serie de repercusiones a nivel biológico, psicológico y social tanto al paciente como a su familia, quienes manifiestan diversas reacciones ante la pérdida de la salud. Serán frecuentes los conflictos y alteraciones en las relaciones y necesidades de los distintos subsistemas familiares, quienes deberán reorganizarse para hacer frente a todos los requerimientos que trae consigo esta enfermedad crónica.

INTRODUCCION

El diagnóstico de una enfermedad crónica es un hecho que trae consigo una serie de reacciones. Muchos de los problemas psicológicos y sociales que se desarrollan alrededor de la epilepsia tienen lugar también en otras afecciones crónicas de la salud, pero esta plantea problemas especiales tanto para quien la padece como para las personas íntimamente relacionadas con ella, ya que muchas de las fuerzas destructoras de la epilepsia proceden de su impredecibilidad. El impacto de la epilepsia en una familia determinada depende parcialmente del tipo y la frecuencia de las crisis. Pero incluso la epilepsia bien controlada en que la persona apenas si tiene algún ataque puede ser igualmente destructiva.

LA PERDIDA DE LA SALUD

Se han descrito una serie de etapas por las que pasaría una persona con una enfermedad crónica como la

epilepsia u otras, así como sus familias. El comprenderlas, facilita la ayuda que se les pueda prestar:

- a. **Prediagnóstico:** Este es un período de extrema incertidumbre y es descrito como el peor tiempo. Durante esta etapa es importante que la familia empiece a calcular e identificar recursos disponibles, concretos y emocionales.
- b. **Diagnóstico:** El diagnóstico de una enfermedad crónica puede en algunos casos aparecer como un shock o como un alivio dependiendo de la enfermedad. Trae consigo en algunos casos la pérdida de experiencias normales, el desvanecimiento de ciertas esperanzas y la incapacidad de alcanzar metas apropiadas. Entre los obstáculos que afronta la familia, está el tener que comunicar la noticia al resto de la familia y a los amigos.
- c. **Inducción:** Las familias empiezan a aceptar que son parte del mundo médico. En esta etapa lo impredecible del curso de la enfermedad puede hacer el proceso más doloroso. Afirmar y subrayar las habilidades del paciente y de la familia, puede ayudarlos a desarrollar un punto de vista positivo.
- d. **Remisión:** Este es el momento en que el impacto de la situación difícil llega a la casa y cuando pueden sentirse más aislados socialmente. Es importante ayudarles a contactar otras redes de apoyo, como por ejemplo, grupos de padres.

REACCIONES FRENTE A LA ENFERMEDAD

La epilepsia es un niño trastorna inevitablemente las relaciones normales de la familia. Este trastorno se origina en la autoimagen del niño, así como en el modo en que el resto de la familia ve al niño. En muchas familias, el temor y la inseguridad se magnifican en el intercambio entre el niño y los padres, ambos sintiéndose incómodamente conscientes de su incapacidad para controlar la epilepsia. Los padres pueden estar excesivamente preocupados por el bienestar del niño y negar

tenazmente el problema o simplemente desecharlo por considerarlo un problema crónico.

Muchas veces debido a la falta de información, conceptos populares erróneos o la incomprensión de las causas y consecuencias de la epilepsia del niño, muchos padres se sienten más cómodos haciendo que el niño crezca de acuerdo a normas arbitrarias y altamente restrictivas.

La irrupción de esta enfermedad provoca una situación estresante al interior de la familia que pone a prueba sus capacidades y tolerancia a la tensión. Luego de la confusión inicial, la familia efectúa una reorganización de los roles que los distintos miembros desempeñaron hasta ese momento, de modo de asegurar la protección y cuidado del niño enfermo; por lo cual la epilepsia aparece como una carga adicional a los cuidados normales, con cierto costo financiero.

Se convierten en necesarias las interacciones con la complejidad del sistema médico, con profesionales como médicos, enfermeras, etc. Usualmente se gestan interferencias con las necesidades de otros miembros de la familia y del sistema familiar.

Surgen preocupaciones sobre los cuidados a largo plazo, los costos económicos del tratamiento, lo que se traduce en inseguridad en la planificación de la vida diaria. Todos estos eventos pueden gatillar la aparición de sentimientos de soledad, culpa e irritación en cualquiera de los miembros del grupo familiar.

Los problemas y conflictos familiares que se pueden derivar de la epilepsia, dependen de la severidad de la misma. Cuando las crisis están mal controladas los padres se sienten a menudo obligados a restringir la vida del niño y a veces sus propias vidas. El niño por su parte puede estar preocupado por el temor de que las crisis sean letales o incapacitantes. Incluso cuando las crisis están más controladas, las interacciones de la familia que se desarrollan como respuesta a las primeras crisis mal controladas, pueden continuar hasta mucho tiempo después.

La hiperprotección de la madre puede ser necesaria cuando es esencial una supervisión estricta para el

control de las crisis, pero si esa hiperprotección persiste después de que las crisis hayan dejado de ser un problema, esto dificultará tanto las relaciones de la madre con el niño, así como también dificultará su maduración psicosocial. Esta hiperprotección puede a veces forzar al niño a adoptar el papel de miembro permanentemente enfermo de la familia, el cual se desarrolla a la par con la reacción de la familia hacia la amenaza de enfermedad, mucho más que a la realidad de un problema crónico. Los problemas y temores que sólo son apropiados en forma temporal, pueden hacerse indefinidos.

En relación con la situación de enfermedad de un hijo, los padres reaccionan de diferente manera, idealmente, se reorganiza el tiempo y se reparten las responsabilidades del cuidado de las necesidades tanto del niño enfermo como de los demás hijos.

Otras formas de reaccionar ante esta situación, pueden ser generar una alternativa de escape a la tensión como la sobrecarga de trabajo, permanecer menos tiempo en casa, entre otros; y también puede ocurrir que se dediquen por entero a la atención del niño con epilepsia, descuidándose a sí mismos y al resto de los hijos.

Pueden aparecer síntomas psíquicos o somáticos funcionales en los padres, como respuesta a la tensión que produce la situación de enfermedad de un hijo. Los estados depresivos en las madres son muy comunes.

Muchas veces los padres comienzan a realizar labores que sus hijos no pueden efectuar, a veces conseguir material escolar, con lo que resultan más sobrecargados. Por ello, la pareja debe además enfrentar la eventualidad de recoger en sus hombros responsabilidades que les impide llevar una vida de pareja normal.

Las madres solteras además de los problemas que conlleva la enfermedad, deben enfrentarse a la soledad, la falta de apoyo íntimo y de responsabilidad compartida, en momentos de una enorme angustia emocional.

El apoyo social es un factor importante para el bienestar psicológico de los padres, cuando experimentan un nivel de bajo apoyo es cuando se manifiestan más deprimidos y ansiosos (Morrow y

cols. 1984).

CONFLICTOS AL INTERIOR DE LA FAMILIA

Los padres

Manipulación de los padres por los niños: Si bien la mayoría de las enfermedades son transitorias, la epilepsia podría continuar por años o durar toda la vida. Este enfoque refuerza el que los padres traten a sus hijos como enfermos. A menos que los padres estén bien informados, es probable que se sientan preocupados por si de modo inadvertido hacen que empeore la epilepsia. Incluso si saben que cada una de sus acciones y advertencias no afectan significativamente el trastorno, cada ataque severo les fomenta la idea de que al niño le habría ido mejor si hubiesen actuado de otro modo.

Los niños se dan rápidamente cuenta de que los temores y sentimientos de culpabilidad de los padres son fáciles de aprovechar. Cualquier intento de disciplinar al niño puede ser subvertido por la amenaza de que tal tratamiento desencadene una crisis. Esta manipulación de los padres agrava una situación familiar ya difícil y provoca mucho resentimiento, que muy a menudo no es reconocido por la persona que lo experimenta.

El sentimiento de culpabilidad de los padres: Un niño con crisis severamente incapacitantes impone restricciones a toda la familia, cuyas actividades deben conformarse a las limitaciones del niño. Los padres que se sienten angustiados por tales limitaciones pueden sentirse muy culpables a causa de esta angustia. Gobernados por este sentimiento, los padres conceden al niño todos sus caprichos, siempre bajo la creencia de que ellos únicamente desean lo mejor para sus hijos. Para evitar conflictos los padres pueden tantear al niño antes de hacer planes. Este, frustrado por sentirse incapaz de controlar su epilepsia, se da cuenta de que tiene considerable control sobre las actividades de su familia.

El equilibrio entre las necesidades de la familia y las del paciente puede resultar descompensado. Para minimizar la probabilidad de una lucha de poderes con el paciente, los padres deben ser constantes e imparciales. Se debe hacer ver al niño que la intimidación no le favorece y que la enfermedad no es beneficiosa.

Crisis autoinducidas: Muchos niños descubren que pueden desencadenar crisis con ciertos estímulos y así al mismo tiempo descubren el poder que pueden ejercer sobre la familia teniendo una crisis. Goza de la posición de ponerse enfermo si los mayores no hacen lo que él desea. Para minimizar este tipo de conducta es importante asegurarse el que el niño no se sienta recompensado por ello. Una crisis, real o no, no debería consumir todas las energías de los padres. El cónyuge y los otros hijos tienen el mismo derecho de atención y afecto y no deberían ser descuidados.

Control de la vida del paciente por parte de los padres:

A menudo los padres reaccionan a su incapacidad para controlar las crisis extendiendo su influencia a otras áreas inadecuadas de la vida del niño. Con esto se suele estimular la pasividad de estos niños y desalientan su autoconfianza e iniciativa. Los hábitos alimentarios, relaciones con los amigos, patrones de viajes y juegos, corren el riesgo de estar regulados con una rigidez inapropiada e improductiva. El esfuerzo para controlar al niño se disimula con un deseo de protegerlo. La legítima preocupación de que se desencadene una crisis en una situación de peligro se exagera y los lleva a controlar y restringir constantemente las actividades del niño, asumiendo que toda causa de excitación está prohibida debido al riesgo de que se desencadene una crisis, y en ocasiones no se le deja ninguna oportunidad para el error, aún cuando pueda ser instructivo; así cualquier actividad que ponga nerviosos a los padres está prohibida porque puede ocasionarle una crisis al hijo.

La pareja

La pareja puede pasar a ser el subsistema más deteriorado por la aparición de la enfermedad. Es común que aparezcan conflictos que pueden surgir de la división rígida de los roles, que generan distanciamiento y hacen difícil el apoyo mutuo en momentos de tensión. También pueden surgir desacuerdos en el modo de cuidar y educar al niño enfermo y al resto de los hijos. Pueden aparecer sentimientos de enojo y celos por los cuidados que el hijo recibe en detrimento de la intimidad de la pareja.

El riesgo de desacuerdo entre los padres y la separación son algo más importantes en las familias

en que hay un niño con una enfermedad crónica, reflejando los estados de estrés adicionales que representa la paternidad y los cuidados del niño. El conflicto matrimonial se asocia principalmente a la forma en que cada cónyuge reacciona y se enfrenta a la tensión de la enfermedad del niño. Cuanto mayor es la diferencia en el nivel de ansiedad entre los padres, mayor es el conflicto matrimonial revelado (Dahlquist y Czyzenski, 1992). Por otro lado, cuando ambos padres trabajan juntos en la ardua tarea a la que han de enfrentarse, toda la familia se siente segura (Die Trill, 1989).

Los hermanos y otros parientes

Observar una crisis epiléptica puede ser una experiencia terrible para los hermanos, los abuelos y otros parientes del niño afectado. La angustia de los parientes, que ven a alguien de la familia mientras sufre una crisis o que simplemente se enteran de que tiene epilepsia, puede contribuir al aislamiento del niño que padece la enfermedad.

Los parientes están sujetos a los mismos prejuicios y falsos conceptos acerca del trastorno neurológico, que cualquier otra persona de la población general. Descubrir que un miembro de la familia tiene epilepsia no siempre corrige estos equívocos, e incluso puede solidificar lo que simplemente eran conceptos vagos y temores difusos. Muchas personas no saben que hacer si sobreviene una crisis y no desean verse en una situación en la que el conocimiento de lo que ocurre puede ser esencial.

Ciertamente, la imprecisa información que los parientes parecen acumular desempeña algún papel, pero esa fuerza apremiante que obliga a muchos parientes a alejarse del niño con epilepsia es el temor a verse obligados a ayudarle si se produce una crisis.

Dado que los hermanos ven cómo el niño afectado recibe un trato especial o una atención considerable, en algunos casos aparece el resentimiento. Los hermanos de los niños con epilepsia pueden presentar problemas conductuales y baja en el rendimiento escolar, ya que viven la tensión familiar. También pueden sentirse desprotegidos o llamados a asumir responsabilidades para las que no están preparados.

Muchas veces estos niños intentan no preocupar más a sus padres con sus propios problemas, o los padres no pueden acoger las necesidades de los hijos sanos, lo que conlleva a perjudicar su salud mental y física. Los hermanos además deben ver frustrados los momentos de diversión por que su hermano no puede o por que los padres temen ver defectuada la salud del niño con epilepsia. El terror que experimentan los niños que presencian la epilepsia en un hermano puede ser absolutamente incapacitante, incluso los niños que son

cooperadores y considerados con sus hermanos pueden descubrir que las crisis les aterrorizan hasta dejarles paralizados.

Buscar al responsable de la epilepsia se convierte a menudo en uno de los asuntos más desgastantes que enfrenta la familia. Los padres corren el riesgo de agobiar al niño con argumentos referentes a cual de ellos es el culpable, o de cual de las ramas de la familia podría provenir esto como herencia.

Los parientes de una persona con epilepsia tienen a menudo un temor desordenado a que ellos mismos puedan desarrollar el trastorno. Esta preocupación tiene algún fundamento estadístico, al menos para los hermanos de los niños con epilepsia, esto significa que la susceptibilidad a la epilepsia, como la susceptibilidad a las alergias y a las enfermedades cardíacas, es mayor en algunas familias que en otras. Es decir, la hermana de un niño con crisis idiopáticas no necesariamente desarrollará crisis, pero la probabilidad de que las desarrolle en algún momento de su vida es ligeramente mayor que para los otros niños de la población general (K. Ritchie, 1981 "Journal of child psychology and psychiatry").

La forma en que se viva el impacto y la situación misma de la epilepsia, depende de la familia, de las características personales del niño, de la enfermedad en sí y de su tratamiento. El impacto en la vida familiar tiene una relación significativa en el éxito de la adaptación del niño a su situación y entre las características de la familia que influyen en el impacto de la enfermedad, figuran: el estado civil de los padres (familia con un solo padre, matrimonio), el número y edades de los hijos, la educación de los padres, la ocupación de los padres y la situación

económica. Por otro lado también influyen la fuerza de la relación entre los padres, la autoestima de los padres, la percepción del apoyo de la familia ampliada y de la red social.

DINAMICA FAMILIAR PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA EPILEPSIA

La familia como conjunto puede ser tanto útil como perjudicial al trabajo médico, dependiendo si se produce en el sistema familiar una dinámica sobreprotectora, inconsistente o permisiva en la cual los miembros se mueven y que determina sus relaciones internas y externas.

Dinámica familiar sobreprotectora

Esta impide al niño seguir el curso normal de desarrollo familiar y personal, por lo que se defectúa el crecimiento e individuación esperable y sana, dificultando también la aceptación por parte del niño de sus limitaciones y el aprendizaje que el niño debe hacer para superarlas. La dependencia, la pasividad y el no exigir al niño que efectúe acciones correspondientes a su edad, afectan el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño, como también que éste se revele y se oponga activamente a sus familiares, retrasando la adquisición de conductas de autocuidado que le permitan la posterior y progresiva independencia. Esta actitud sólo influirá en su imposibilidad de hacerse cargo de su propia salud cuando le corresponda con la consiguiente dificultad para dejar de depender de otros y por lo tanto para alcanzar una calidad de vida satisfactoria.

Dinámica familiar inconsistente

Evitan sistemáticamente los conflictos y mantienen la tensión latente, afectando al niño con epilepsia que es el miembro más vulnerable de esta. El desarrollo de imágenes positivas de sí mismo en los niños, se apoya en la percepción de su enfermedad como una dificultad incidental que requiere compartir la solución de problemas, en vez de representar una intrusión en el funcionamiento normal de la familia.

Dinámica familiar permisiva

El niño con epilepsia puede no entender sus limitaciones debido a que los padres no se han preocupado por interiorizar al niño acerca de su enfermedad. En estos casos se pueden presentar actitudes que sean riesgosas. Es claro que esta actitud puede ser en extremo perjudicial, por que le impide al niño tomar conciencia de la importancia de su responsabilidad sobre su salud, como de los riesgos que implica su particular condición. Tampoco se suelen generar y transmitir conductas de autocuidado que le permitan al niño llevar una vida sana y lo más cercanamente posible a lo esperado para su edad. La capacidad de la familia de atender a las

necesidades de cada miembro de apoyo y atención, de expresar y tratar los conflictos, de dar soporte a la independencia de todos los miembros y proporcionar a la vez estructura y flexibilidad, es crítico para la adaptación satisfactoria de los niños.

PREGUNTAS FRECUENTES

Entre las preguntas más frecuentes que aparecen en los padres o en quienes se encuentran al cuidado de un niño con epilepsia aparecen las siguientes:

¿Cómo debo tratar a mi hijo con epilepsia?

Esta es una pregunta frecuente y que ya no trata de un problema del niño sino de la actitud de los padres. Una de las actitudes más frecuentes es la sobreprotección. Esta se debe al temor totalmente lógico de que el niño tenga nuevas crisis y se haga daño. Cercano o dependiendo de la sobreprotección ocurren las prohibiciones; entonces al niño se le impide salir a la calle, con amigos, hacer deporte y una multitud de otras actividades. Solo con el tiempo, a medida que transcurran los meses, los padres podrán ir confiando en el efecto protector de los anticonvulsivos. Mientras tanto, pueden ocurrir dos conductas en el niño, ambas como reacción a la sobreprotección y a las prohibiciones: o el niño se hace cada vez más dependiente de sus padres o se hace rebelde y opositor a las indicaciones. Lo más probable es que el niño pequeño, al ver el temor reflejado en la cara y actitudes de los padres se haga

cada vez más dependiente de ellos y deje de salir o de jugar con espontaneidad, como lo haría cualquier niño normal. El niño mayor, especialmente el adolescente puede oponerse activamente incluso a ingerir los fármacos anticonvulsivantes.

Las prohibiciones pueden abarcar también otros campos de la actividad diaria, como por ejemplo, las comidas. Tampoco habría razones para impedir o limitar la actividad intelectual, de modo que el joven puede leer y estudiar.

Todas estas son normas generales, es posible que haya excepciones pero son muy infrecuentes. Esto porque las actividades físicas y deportivas son altamente beneficiosas, aunque muy raramente puede ocurrir que el exceso y el agotamiento precipiten una crisis, pero en este caso debe quedar claro que no es el ejercicio en sí, sino el agotamiento consiguiente.

También puede ocurrir que los padres asuman una actitud opuesta a la sobreprotección, es decir, la permisividad. En este estado los padres temen que si el niño llora o se agita al prohibírsele algunas actividades, o al no acogerle algún deseo, le sobrevenga otro ataque. Entonces nos encontramos con otro tipo de niño acostumbrado a salirse con la suya llorando permanentemente si no le dan en el gusto o sobreactivo.

En todas las reflexiones anteriores uno se refiere en general al niño o joven con una epilepsia benigna. Si el paciente tiene retardo mental o alguna limitación neurológica es probable que se tenga que tomar en cuenta estas limitantes. Se trata de casos puntuales en que hay que conversar con los padres los pro y contra de determinadas actividades.

¿Cómo debo actuar frente a mis hijos sin la enfermedad y ante el resto de mi familia?

Parte de la responsabilidad como padres de un niño con epilepsia consiste en informar a sus hermanos y familiares más cercanos que este padece la enfermedad y como deben actuar cuando ocurre una crisis.

Se debe procurar una oportunidad para hablar sobre el tema y favorecer todo tipo de preguntas. Muchas veces la palabra epilepsia produce miedo o confusión en las

personas adultas y con mayor razón en los niños. Ellos pueden llegar a sentir el temor de que su hermano pueda morir durante una crisis. Clarifíqueles y dé seguridad de que esto no ocurrirá.

A menudo, les surge el temor de que ellos también puedan desarrollar epilepsia y tener ataques. Los padres deben expresarles que es muy poco probable que esto ocurra.

Otra situación frecuente es que puedan ser objeto de burlas o comentarios mal intencionados de parte de sus compañeros de clase, amigos del barrio y encontrar que no saben como responder a ellos. Los padres deberán aportar toda la información necesaria sobre la epilepsia para que tanto el niño como sus hermanos puedan responder acertadamente y evitar sentimientos de rabia y frustración.

Por otra parte, muchos niños que tienen hermanos con epilepsia sienten que éste tiene más privilegios en el hogar. Los padres deben analizar con objetividad su propia conducta y evaluar si efectivamente están teniendo consideraciones especiales con el niño con epilepsia, tanto en las normas de disciplina como en la expresión de afecto. Este examen debe permitir realizar rápidamente los ajustes o cambios necesarios para evitar fricciones en las buenas relaciones entre los hermanos.

El conocimiento sobre la epilepsia y el hablar con más naturalidad sobre el tema se ha desarrollado más en los últimos años, de tal manera que es frecuente encontrar que en el núcleo familiar las personas mayores suelen albergar ideas erróneas sobre epilepsia, considerándola sobrenatural y cargada de estigmas. Incluso pueden llegar a considerar la epilepsia del niño como una vergüenza para la familia. Estas ideas no tienen ninguna base científica y se arraigan en el mito y en el desconocimiento.

La desinformación objetiva y real puede producir también conductas de ocultamiento frente a amigos y conocidos, y con la mejor intención los familiares pueden recomendar que el niño viva lo más reposado y aislado posible, evitando juegos o actividad física por temor a la aparición de las crisis.

El grave peligro de consentir frente a estos bien intencionados consejos, es que su niño no tendrá la oportunidad de valerse por sí mismo, de probarse y desarrollar ampliamente sus potencialidades y habilidades. El aislamiento lo convertirá en una persona solitaria y triste, muy desorientada acerca de quien es y retrasará su desarrollo integral.

En la medida que sus hermanos y familiares comprendan la realidad de su epilepsia podrán constituir una sólida red de apoyo social que le ayudará enormemente a progresar sin la mochila que nuestros errores y desinformación sobre epilepsia le pudieran provocar.

REFERENCIAS

1. Alarcón A. La epilepsia refractaria, duelo y repercusión afectiva en el paciente y su entorno. Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Universidad Nacional Andrés Bello. Chile, 2002.
2. Bedregal P. Enfermedades crónicas en la infancia. Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile; vol 23 N°1, 1994.
3. Bronda G, Ferrer M, Slater C. Impacto psico-social de las enfermedades crónicas infantiles. Artículo Unidad de Psicología Hospital Luis Calvo Mackenna, Chile 2000.
4. Comisión de pediatría de la Liga Internacional contra la Epilepsia. Epilepsia 1997; 38:1054-1056 Disponible en la URL http://www.sap.org.ar/publicaciones/correo/cor3_99/or776.htm
5. Devilat M. La epilepsia en Latinoamérica. Epilepsia 2000, Primer Congreso Latinoamericano de Epilepsia, Chile 2000.
6. González Pal S, J Quintana, R Fabelo. Epilepsia y Sociedad: Una mirada al siglo XXI. Psiquiatría. Com (revista electrónica) 1999 sep (citado 1 octubre 1999): 3 (3) (24 pantallas). Disponible en la URL www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol_3_numero_3/artic_5htn.
7. Grupos Aceptación de Epilépticos (GADEP) : El problema Social de la Epilepsia. Disponible en la URL www.epilepsiahoy.com/gadep.html#so
8. Pezoa C. Diagnóstico y enfrentamiento de enfermedades estigmatizadoras. Artículo Unidad de Psicología Hospital Luis Calvo Mackenna, Chile 2000.
9. Lechtenberg R. La Epilepsia y la Familia. Biblioteca de Psicología, Editorial Herder. Barcelona 1989.