

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Infancia Anormal, Medicalización, Psiquiatría Y. Tda/H: Aportes Conceptuales Para Una. Arqueología Del “Niño Desatento”.

Eugenia Bianchi.

Cita:

Eugenia Bianchi (2009). *Infancia Anormal, Medicalización, Psiquiatría Y. Tda/H: Aportes Conceptuales Para Una. Arqueología Del “Niño Desatento”*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1818>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Infancia Anormal, Medicalización, Psiquiatría Y Tda/H: Aportes Conceptuales Para Una Arqueología Del “Niño Desatento”.

Eugenia Bianchi. U.B.A. (CS. SOC.); II.GG.; CONICET.

eugenia.bianchi@yahoo.com.ar.

Introducción

Intentaremos exponer algunas líneas de la investigación llevada a cabo en el marco de la Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, “ADHD y discursos de la salud. Articulaciones discursivas y efectos de poder”. El *objetivo general* de dicha investigación es conocer cómo los diferentes discursos y prácticas de la salud (medicina, psiquiatría, neurología, pediatría, psicología y farmacología principalmente) contribuyen -a través del diagnóstico y del tratamiento- a establecer aquello que es considerado *enfermedad*. Relacionado con este primer objetivo, nuestro interés se enfoca en conocer los efectos de poder que estas conceptualizaciones ejercen sobre las personas en las que recaen. En particular, analizamos cómo se constituye el TDA/H (trastorno por déficit de atención con hiperactividad; AD/HD por sus siglas en inglés) (APA, 1994) como trastorno de la conducta en la infancia.

En relación a estos objetivos surgió la necesidad de detenernos en el análisis de una serie de nociones que nos resultan útiles para pensar la emergencia y circulación actual del TDA/H. Estas nociones, y las articulaciones posibles entre ellas, son pilares del andamiaje teórico-conceptual del que nos servimos para reflexionar acerca del TDA/H, y constituyen un aporte preliminar fundamental para pensar una arqueología de la “infancia desatenta”. Dichas nociones -además del mencionado TDA/H- sobre las que nos detendremos son: la infancia anormal, la medicina, el proceso de medicalización de la sociedad, y la psiquiatría.

En línea con estos argumentos, designamos con la noción de “infancia desatenta” o “niños desatentos” a aquellos niños/as que han sido diagnosticados y tratados por TDA/H. Con esta noción, buscamos apartarnos de consideraciones surgidas de otros discursos (de la salud, de la educación, etc.) que también tematizan la cuestión del TDA/H. Nuestra intención es dar cuenta,

desde una perspectiva sociológica, de las condiciones de emergencia y circulación de esta formación discursiva particular. Así, abordamos esta figura del “niño desatento” a partir de considerarla como un constructo socio-histórico, cuya emergencia responde a objetivos estratégicos múltiples.

El control social y la infancia anormal.

Decíamos que nos proponemos introducir algunas cuestiones relacionadas con la emergencia y circulación histórica de ciertas figuras que designan -de diferente modo y con alcances también disímiles- lo que se ha conceptualizado como *infancia anormal*. El abordaje al que adscribimos es el vinculado a la tradición de estudios sobre el control social (Muel, 1981; Foucault, 1976, 1999; Castel, 1979, 1981, 1986; Bernstein, 1986; Varela y Álvarez-Uría, 1991; Donzelot, 1977). Los diferentes representantes de esta tradición coinciden en considerar a la infancia como blanco privilegiado de poder y objeto de saber de las diversas estrategias de control y disciplinamiento individual y poblacional que se han desplegado desde el siglo XVIII en las sociedades occidentales (Foucault, 1976, 1997, 1999; Donzelot, 1977). De esas diversas estrategias, nos enfocamos en aquellas de índole médica que han operado sobre la infancia anormal.

Con esto, buscamos reunir elementos para reflexionar acerca de otra figura más reciente, cuyos trazos se van delineando a la par del incremento en el diagnóstico de un síndrome que, aunque se remonta a un siglo de existencia, presenta en la actualidad características que lo tornan un objeto de estudio peculiar. Nos referimos al antedicho TDA/H, y su peculiaridad reside, a nuestro entender, tanto en que nos remite a los procesos por los que se construyen, categorizan y gestionan los individuos o poblaciones que no se ajustan a las crecientemente complejas modalidades de producción y consumo, como así también porque nos permite conocer algunas particularidades que revisten esos procesos en la actualidad, a la luz de las transformaciones en los modos de gestión de las poblaciones, que ya no atienden al internamiento como estrategia general de reencauzamiento y normalización de los cuerpos (Deleuze, 1990). Estas nuevas modalidades no han sido aún exploradas suficientemente, y creemos que encuentran un importante correlato en los cambios acontecidos en el modelo de Estado de las últimas décadas (Murillo, 2002).

... hasta llegar al TDA/H. Brevísimos recorridos por el concepto.

La noción de TDA/H figura en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR), elaborado por la American Psychiatric Association, como uno de los “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”. Dicho Manual –del que remarcamos su utilidad no sólo estadística, sino también clínica y diagnóstica- establece varios apartados al interior de la sección, que compendian diversos tipos de trastornos: “Retraso mental”, “Trastornos del aprendizaje”, “Trastornos generalizados del desarrollo”, “Trastornos de Tics”, etc.

El TDA/H está incluido en el apartado “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”, que incluye entre otros, el *Trastorno Disocial*, el *Trastorno Negativista Desafiante*, y el *Trastorno de Comportamiento Perturbador no especificado*.

Respecto del TDA/H, el DSM-IV distingue tres tipos de trastornos: con predominio de inatención o de hiperactividad-impulsividad, y un subtipo combinado. También incluye cuadros residuales en adultos. Muchos de los tratamientos actuales sobre el TDA/H recurren a las elaboraciones conceptuales del DSM-IV, basándose en ocasiones en el mapeo cerebral, y/o incorporando a la terapéutica abordajes medicamentosos o cognitivo-comportamentales.

Una de las primeras referencias al actual TDA/H data de 1902, cuando Still describió niños con *inatención significativa*, que afectaba su rendimiento escolar. Still asoció esta inatención con un “defecto mórbido en el control moral” (Benasayag, 2007).

En los años '20, la corriente anglosajona despliega una concepción neurológica de la que se desprende el diagnóstico de Strauss de *lesión cerebral mínima* (Santiago, 2006), a la que le atribuye un origen presuntamente infeccioso. La imposibilidad de detectarla y las críticas manifiestas a esta concepción condujeron a reformular el cuadro, denominándolo *disfunción cerebral mínima* en 1962.

En dicha noción se incorporarán sucesivamente una serie de aspectos: hiperactividad, trastornos de atención y percepción, dificultades de aprendizaje, impulsividad y trastornos afectivos. En 1980 el

DSM III añade a sus contenidos el diagnóstico del *síndrome de déficit de atención*. En 1987, el DSM III-TR une *déficit de atención e hiperactividad*. De esta manera, queda marcado el terreno para los aportes del DSM-IV, arriba mencionados.

Tanto la extensión de los abordajes cognitivo-comportamentales y el uso de medicación psicoestimulante, como el fundamento mismo del diagnóstico del cuadro, han cobrado suma importancia al interior del discurso científico en general, y resultan problemáticos para una parte de los profesionales de la salud. Sin embargo, el análisis de estas controversias acerca de la existencia o de la cientificidad del diagnóstico del TDA/H no es el objetivo de nuestra investigación.

Antes bien, buscamos resaltar el carácter histórico-social de la noción *trastornos de la conducta*, en la que el TDA/H constituye un ejemplo de análisis particularmente complejo. Rastreamos para ello elementos de formaciones discursivas históricamente precedentes a la que nos convoca, que también han tematizado al *niño anormal*. Y finalmente, destacamos que es el discurso médico psiquiátrico el que nombró y puso en circulación la noción de TDA/H en la actualidad, interviniendo marcadamente en esta *infancia desatenta*. Y que este discurso a su vez, ha atravesado profundos procesos históricos de transformación, algunos de los cuales recuperamos aquí.

La medicina como *discurso* y como *proceso* clave en la intervención sobre la infancia anormal.

La medicina como discurso de poder, y operando en dispositivos de índole diversa, siempre ha formado parte del núcleo duro de las estrategias tendientes a la normalización de los cuerpos individuales y sociales, incluyendo aquellas destinadas a la infancia.

Las disciplinas se conducen de acuerdo con el código de la *normalización*. Y la norma se ubica en el centro de las consideraciones del discurso psiquiátrico que hoy tematiza el TDA/H. La norma además, tiene en el discurso psiquiátrico una significación muy puntual, a partir de cambios producidos a su interior, sobre los que no podemos extendernos aquí.

Sin embargo, sería un error considerar que las disciplinas y sus estrategias médicas actúan separadas del otro sistema descrito por Foucault: la soberanía. La disciplina y la soberanía son dos elementos constitutivos del poder en nuestras sociedades. Pero, aunque ambas trabajan juntas, su funcionamiento no es completamente ajustado. Tienen principios distintos (una la ley, otra la

norma), y con el accionar capilar de sus técnicas las disciplinas colonizan a la soberanía. Esto produce una tensión entre los dos sistemas. Es por ello que se requiere de un *discurso árbitro* entre las dos. En el esquema teórico planteado por Foucault (Foucault, 1997), el arbitraje es cumplido por el discurso médico. Es merced a la ampliación de la esfera de incumbencia de la medicina, del desarrollo de la medicalización general de las conductas, de los comportamientos, que la tensión existente entre la soberanía y la disciplina logra reducirse, aunque permanezca el enfrentamiento entre ambas.

Así como existen estrategias médicas de tipo disciplinario, también hay estrategias médicas impulsadas desde el sistema de seguridad. Detenerse en estos mecanismos supone considerar las nociones de *población* y de *biopolítica*, en las que confluyen problemas de tipo político y científico, y también problemas biológicos y de poder. La incorporación de la población a las preocupaciones del gobierno se corresponde con una nueva economía de poder, cuyo interés está centrado en previsiones, estimaciones estadísticas y mediciones globales (Foucault, 2004).

Estos mecanismos difieren de los disciplinarios, porque no apuntan a un adiestramiento del cuerpo individual. Y aunque también buscan maximizar y extraer fuerzas, las tecnologías que despliegan se basan en la regulación de las poblaciones, tomando en cuenta procesos biológicos globales para asegurar tal regularización, e interviniendo en el nivel de las determinaciones de los fenómenos generales de la vida (natalidad, mortalidad, fertilidad, etc.).

Tampoco aquí conviene considerar que los mecanismos de seguridad son ajenos a la disciplina. La disciplina nunca fue tan importante y valiosa como cuando se iniciaron los intentos por manejar a la población. Porque el gobierno de la población no implica únicamente el manejo de la masa colectiva de fenómenos; implica asimismo profundidad, minucia y detalle, características que hacen al núcleo más caro de la disciplina (Foucault, 2004).

En ambos casos se trata de tecnologías del cuerpo, pero la disciplina aplica tecnologías en las que el cuerpo se individualiza como organismo dotado de capacidades, y los mecanismos de regulación se valen de tecnologías en las que los cuerpos son reubicados en procesos biológicos de conjunto. Al actuar en niveles diferentes, los dos mecanismos pueden articularse sin excluirse.

Es por ello que la medicina adquirió, a partir del siglo XIX, una trascendencia fundamental, dado que opera como nexo, como correa de transmisión entre los procesos que involucran al cuerpo y a

la población. Actuando además, como técnica política de intervención, y produciendo sus propios efectos de poder –tanto disciplinarios como regularizadores–.

Esta capacidad de la medicina de atravesar tanto a la disciplina como a la regulación ocurre porque existe un sustrato común entre ambos mecanismos: la norma. La norma es aplicable tanto a los cuerpos individuales como a las poblaciones. Por eso, equiparar *disciplina* y *normalización* es restringir la potencia analítica del esquema foucaultiano. La disciplina es sólo uno de los elementos de la sociedad de normalización. También la *regulación* cumple su papel en este análisis. Y en ambas, la medicina aparece con fuerte gravitación.

La medicina, el discurso médico y el aparato médico, entonces, siempre “han estado allí” cuando de normalizar se ha tratado, en el cruce entre soberanía, disciplina y seguridad, más allá de las características del diagrama de poder imperante, y especialmente en los momentos de transición o cambio en la preeminencia de uno u otro diagrama, ya sea arbitrando, limando asperezas e incompatibilidades, como así también operando como articulador de las tecnologías que actúan en diferentes niveles.

Por otro lado, la medicina participa en un fenómeno histórico más amplio, que actúa como horizonte de posibilidad para su accionar y alcance actuales. Aludimos al *proceso de medicalización de la sociedad* (Foucault, 1976, 1990, 1997; Conrad, 1982; Illich, 1974) entendido como proceso general a partir del cual en el siglo XVIII la medicina se convierte en específicamente social (Rosen, 1974; Castel, 1980), se torna en estrategia biopolítica, despegando y expandiendo su dominio hacia cuestiones como: saneamiento del agua, condiciones de vivienda, régimen urbanístico, sexualidad, alimentación e higiene (Foucault, 1990). Estos ámbitos de incumbencia rebasan a los que antes convocaban a la medicina (centrados casi exclusivamente en la enfermedad y la demanda del enfermo), dotándola de un poder autoritario con funciones de control y normalización del cuerpo.

El *proceso de medicalización* es pues esencial para la comprensión del modo en que el cuerpo - individual y social- se vuelve objeto de saber, blanco de poder y campo de intervención de múltiples dispositivos, brindándonos un marco adecuado y útil para reflexionar en relación al TDA/H.

Por todo lo expuesto, consideramos al TDA/H como entidad privilegiada para conocer e identificar algunas características del *proceso de medicalización* hoy, y el papel que en él cumple la medicina, por varias razones; entre ellas:

- 1- Porque el blanco principal de las acciones y estrategias que se despliegan es el niño, que históricamente se ha ubicado en el centro de las estrategias de gestión de las poblaciones enfocadas desde la medicalización.
- 2- Porque reformula el problema de la conducta infantil en términos acordes a formas de gestión de las poblaciones crecientemente adoptadas. De allí que muchas de las técnicas que se despliegan para su tratamiento presenten similitudes con las aplicadas a otros segmentos de la población que también manifiestan “inconductas”, sean entendidas éstas, o no, en términos médicos.
- 3- Porque incluye medicación en su tratamiento. Lo cual abre una serie de consideraciones en relación a la *medicamentización de la infancia* (Faraone, 2008).

Infancia y psiquiatría.

Según Foucault (Foucault, 1999), la infancia y la psiquiatría han estado tempranamente vinculadas. La infancia operó -desde mediados de siglo XIX- como punto de referencia central y constante en el funcionamiento de la psiquiatría, como una de las condiciones históricas de su difusión, a través de las cuales logró captar y extenderse hacia la población adulta. De los elementos que identifica Foucault en relación al papel de la infancia en la psiquiatría, recuperamos algunos que nos resultan pertinentes para el análisis del TDA/H.

El primero es que esta consideración de la infancia como punto focal en torno del cual se organizan la psiquiatría del individuo y de las conductas permite que esta disciplina entre en correlación con la neurología y con la biología general. La psiquiatría ya no necesita contar (como en su etapa alienista) con un corpus conceptual isomorfo, que imitara al de la medicina orgánica para ser considerada “ciencia”. La neurología del desarrollo, por un lado, y las concepciones evolucionistas de la biología general, por otro, se convierten en el aval para que la psiquiatría pueda funcionar como saber médico-científico.

Otro elemento que retomamos es que la infancia le proporcionó como insumo de análisis a la psiquiatría la noción de “estado de desequilibrio”, en el que los elementos del organismo funcionan de una manera que, sin ser patológica o enferma, tampoco es considerada normal.

A este respecto, hemos explorado (Bianchi, 2008) algunos de los efectos del accionar del discurso médico-psiquiátrico en relación al TDA/H y al niño desatento. Y concluimos que la idea de desajuste, des-armonía y falta de balance en el funcionamiento del cuerpo del niño como modo de entender la fisiología del niño anormal (acentuando las fallas en el cumplimiento de las diversas funciones orgánicas) es un componente fundamental en la conceptualización del *niño desatento*, a través de la noción de *disfunción cerebral mínima*.

Dice Santiago: “(...) Strauss lanzó, en 1918, la hipótesis según la cual los disturbios de comportamiento de los escolares, y también algunos de los disturbios de aprendizaje, podrían ser consecuencia de una lesión cerebral mínima. Se trataría de una lesión suficiente para alterar el comportamiento y/o alguna función cognitiva, pero lo suficientemente mínima como para no ocasionar otras manifestaciones neurológicas. (...) En 1962 (...) se llegó a la conclusión de que no había ninguna lesión (...). Los investigadores admitieron el error y para corregirlo rebautizaron el cuadro, pasando a llamarlo “disfunción cerebral mínima” (DCM)” (Santiago, 2006: 178-9).

El recurso a esta noción, surgida de la neurología, ilustra además la persistencia en su imbricación con la psiquiatría, y nos marca una línea de análisis muy interesante para pensar la conformación de la noción TDA/H.

Poniendo en consonancia lo *conductual* por un lado, y lo *neurológico* por otro, advertimos que en el caso del TDA/H, el abordaje de los discursos de la salud que hemos analizado es hacia lo sintomatológico, hacia el conjunto de síntomas y *conductas*. Pero estas conductas y síntomas son entendidos como expresión clínica de un problema de anormalidad *neurológica*. Así, el discurso médico-psiquiátrico enlaza analíticamente las dos dimensiones, haciendo confluir a ambas en la detección del TDA/H. Este enlace tiene efectos muy profundos, que por cuestiones de espacio no podemos desarrollar aquí.

Palabras finales.

Hemos rastreado algunas nociones, desde el aporte de diversos autores, y sopesado su utilidad para reflexionar acerca de la emergencia y circulación del TDA/H como trastorno de la conducta en la infancia. Logramos articular conceptos y procesos históricos, identificar y recortar áreas teóricas de interés, y reflexionar acerca de las posibilidades que se abren para pensar nuevas categorías de análisis, así como también su utilidad y pertinencia para investigar fenómenos empíricos contemporáneos y complejos. Contamos ahora, creemos, con más elementos para seguir avanzando en la investigación.

Bibliografía

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manual DSM IV-TR de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*. Ed. Electrónica.

Benasayag, L. (2007) “Deconstrucción neurológica del llamado ‘ADDH’”. En Benasayag, L. (Comp). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 13-34). Argentina: Noveduc. 2007.

Bernaldo de Quirós, G. y Joselevich, E. (2003) “Qué es el síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD)”. En Joselevich, E. (Comp.) *AD/HD. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y maestros* (pp. 17-42). Argentina: Paidós. 2005.

Bernstein, B. (1986). “Una crítica a la educación compensatoria”. En Álvarez-Uría, F. y Varela, J. (Eds.) *Materiales de Sociología crítica* (pp. 203-218). Madrid: La Piqueta. 1986.

Bianchi, E. (2008): “*ADHD y discursos de la salud. La construcción del ADHD como enfermedad*”.

Universidad de La Plata, Facultad de Ciencias Sociales. 2 CD ROM ISBN 978-950-34-0514-7.

Ponencia presentada en las *V Jornadas de Sociología de la UNLP. Cambios y continuidades sociales y políticas en Argentina y la región en las últimas décadas. Desafíos para el conocimiento Social*. La Plata. Del 10 al 12 de Diciembre de 2008.

Castel, R. (1979). *La sociedad psiquiátrica avanzada: El modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama. 1980.

Castel, R. (1980): *El Orden Psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta. 1991.

- Castel, R. (1981). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama. 1984.
- Castel, R. (1986). “De la peligrosidad al riesgo”. En Álvarez-Uría, F. y Varela, J. (Eds.) *Materiales de Sociología crítica* (pp.129-243). Madrid: La Piqueta. 1986.
- Conrad, P. (1982). “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”. En Ingleby, D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental* (pp. 129-154). Barcelona: Crítica-Grijalbo. 1982.
- Deleuze, G. (1990). “Post scriptum sobre las sociedades de control”. En *Conversaciones 1972-1990*. Valencia: Pre-Textos. 1995.
- Donzelot, J. (1977). *La policía de las familias*. España: Pre-Textos. 1998.
- Faraone, S. (2008): “Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas”. En <http://www.topia.com.ar>. Acceso 19/12/2008.
- Foucault, M. (1969). *La arqueología del saber*. Argentina: Siglo XXI, 2002.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad*. T. I. Argentina: Siglo XXI. 2002.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Argentina: Altamira. 1996.
- Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid. La Piqueta. 1991.
- Foucault, M. (1997). *Defender la Sociedad*. Argentina: FCE. 2000.
- Foucault, M. (1999). *Los Anormales*. Argentina: FCE. 2001.
- Foucault, M. (2003). *El Poder Psiquiátrico*. Argentina: FCE. 2005.
- Foucault, M. (2004). *Seguridad, territorio, población*. Argentina: FCE. 2006.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona. Barral Editores. 1975.
- Mandil, R. (2006). “Biopolítica del déficit de atención”. En Stiglitz, G. (comp.) *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (pp. 91-98). Argentina: Grama, 2006.
- Muel, F. (1981). “La escuela obligatoria y la intervención de la infancia anormal”. En Álvarez-Uría, F. y Varela, J. (Eds.) *Espacios de Poder* (pp.123-142). Madrid: La Piqueta. 1991.
- Murillo, S. (1996). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Argentina: CBC, 1996.
- Murillo, S. (2002). La cuestión social en Buenos Aires. La condición trágica de los sujetos”. En Murillo, S. (comp.) *Sujetos a la incertidumbre. Transformaciones sociales y construcción de subjetividad en la Buenos Aires actual* (pp. 29-92). Argentina: CCC, 2002.

- Rosen, G. (1974). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI, 1985.
- Sadock, B. y Sadock, V. (2001). *Psiquiatría Clínica. Manual de Bolsillo*. España: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- Santiago, A. L. (2006). Algunas consideraciones sobre el trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. En Stiglitz, G. (comp.) *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (pp. 175-184). Argentina: Grama, 2006.
- Tendlarz, S. E. (2006). La atención que falta y la actividad que sobra. Reflexiones sobre el ADD-ADHD. En Stiglitz, G. (comp.). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. El mal real y la construcción social* (pp. 75-82). Argentina: Grama, 2006.
- Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (1991). *Arqueología de la escuela*. Madrid: La Piqueta, 1991.