

Enfoque psicossomático en medicina

M^a Jesús Pérez-Echeverría (Psiquiatra. Hospital Miguel Servet de Zaragoza)

THE PSYCHOSOMATIC VIEW IN MEDICINE. PEREZ MJ.

Keywords: Psychology, Behavior, Psychosomatic illness.

English Abstract: The reductionist model of medicine establishes the dichotomy mind-body, but the practitioner must work with the whole person. The concepts of stress (proposed by Cannon), the Selye's General Adaptation Syndrome and the Freudian School of psychoanalysis are of special importance in the understanding of psychosomatic problems. In a study over 400 patients interned in a hospital, we've found the following figures: * 11,7 % of them had a diagnosis of psychological disturbance; * With the Langner's index, the patients with significant emotional disturbance were 28,9 % in males and 63,3 % in females; * Signs of depression were found in 54,4 % of males and 70 % of females. These figures point us the importance of diagnosing the psychosomatic factors of illness.

INTRODUCCION

La idea de un vínculo entre los estados emocionales y ciertas enfermedades somáticas es antigua en la historia de la medicina (2).

Las dificultades para determinar la naturaleza de este vínculo han condicionado a que el desarrollo de la Medicina Psicossomática, e incluso el propio término *psicossomática*, hayan sido objeto de múltiples controversias y diversas orientaciones de estudio muy diversas entre sí.

Al hablar de mente/cuerpo se sugieren otras dicotomías que a menudo se entienden como formadas por realidades antagónicas más que por polaridades de un mismo fenómeno.

El modelo biomédico vigente, consolidado en el siglo XIX y basado en Descartes, Newton y Galileo es, como modelo científico de aquella época, de tipo analítico y reduccionista: el problema a investigar se divide en partes sucesivamente más sencillas hasta hallar secuencias causales simples, considerándose que cualquier todo puede ser reconstruido material y conceptualmente desde las partes estudiadas una a una, sin sufrir distorsión (1).

A pesar de los esfuerzos de algunos médicos, la medicina como tarea científica en general, como patología, ha optado por resolver el problema reduciendo la realidad del hombre al aspecto somático, es decir, ha obtenido la unidad al precio de la unilateralidad (8).

Dificultades metodológicas e ideológicas derivadas del propio modelo biomédico han retrasado y marginado el es-

tudio y la elaboración teórica y conceptual de los aspectos psicosociales de la enfermedad.

Se ha planteado así, en medicina, una dualidad evidente entre la medicina como teoría científica y la propia actividad médica, ya que ésta, de alguna manera, ha tenido que enfrentarse con el hombre global, entero: el ser humano enfermo. Por tanto, la patología casi nunca se ha concebido como psicossomática pero sí en cambio lo ha sido la medicina como praxis.

A principios del siglo pasado (1818), Heinroth introdujo el término *psicossomática* y, como señala Post, existen por lo menos catorce modos diferentes de usar consistentemente los conceptos mental y físico o psicossomático (2).

Si se mantienen los conceptos de físico y mental como si se tratara de dos universos independientes, la cuestión de como es posible que los fenómenos psicológicos afecten al organismo queda sin respuesta porque está mal planteada, puesto que en esa concepción se mantiene necesariamente una existencia paralela y separada de lo psíquico y de lo físico, que en el mejor de los casos solo llegan a establecer relaciones anecdóticas (8).

Algunos acontecimientos favorables del segundo cuarto de este siglo (1) han hecho posible el desarrollo de la Medicina Psicossomática:

1.- El avance de las ciencias naturales (física, biología, etc.) planteó cuestiones epistemológicas que desbordaban el marco reduccionista clásico, haciéndose evidente la importancia de los contextos y

de las interacciones entre partes y niveles de la realidad.

2.- Estudios neurofisiológicos, psicoanalíticos, y autores de la Escuela Cortico-Visceral, como después veremos, abrieron líneas de investigación para conocer las interacciones entre el aspecto psicosocial y el aspecto fisiológico del hombre.

3.- Weizsacker, con su Medicina de la Totalidad; Tournier, con su Medicina de la Persona y Balint con su Medicina centrada en el Paciente, entre otros muchos autores, recogieron, formularon y denunciaron el descontento por la despersonalización de la medicina y proclamaron la necesidad de reconducirla hacia formas globales, integrales y personalizadas, alegando razones de humanismo y eficacia.

MARCO TEORICO

• *Canon y Selye* (1935) abrieron la línea de estudios experimentales, clínicos y epidemiológicos, sobre la influencia del estrés en la salud, y describieron pautas de respuesta del organismo ante cualquier agresión, demanda o sobrecarga (2).

Canon introdujo el término estrés en fisiología. Inicialmente lo aplicó a todo estímulo susceptible de provocar reacción de lucha o huida; posteriormente se generalizó a todos aquellos factores ambientales cuya influencia exige un esfuerzo especial por parte del organismo para mantener la homeostasis (2).

Selye describió el Síndrome General de Adaptación y sentó las bases para estu-

dios más minuciosos de las relaciones entre los estímulos ambientales y las respuestas fisiológicas a ellos.

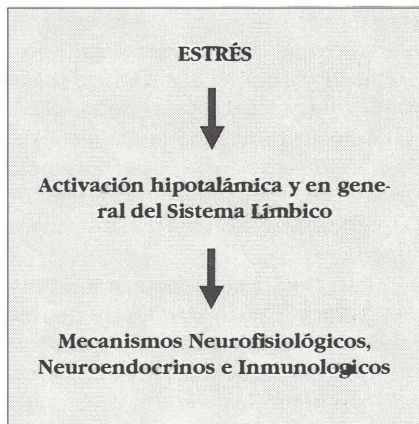
- *La Escuela Soviética de la Medicina Cortico-Visceral* (Paulov, Bycov, Kurstin, Anokin, etc.). Demostraron experimentalmente la relación entre estímulos ambientales, sistema nervioso vegetativo y determinadas lesiones orgánicas.

Para la neurofisiología actual toda situación de estrés provoca una activación del hipotálamo, lo que pone en marcha inmediatamente los mecanismos de protección y defensa por vía motora, visceral y neurohormonal, enviando al mismo tiempo señales al córtex para que exista conciencia de la emoción provocada.

Si la amenaza se prolonga en el tiempo, los propios sistemas de defensa y adaptación que se han puesto en marcha pueden acabar provocando trastornos funcionales, e incluso orgánicos.

En la vida social son frecuentes las situaciones que facilitan la excitación persistente de asas cibernéticas periférico-cortico-visceral porque la conducta emitida no es capaz de modificarlas favorablemente o eludirlas, lo que ocasiona una sobrecarga funcional que se puede traducir en lesión o disfunción del eslabón más débil del sistema implicado en la respuesta (2).

- *La Escuela Psicoanalítica* (1). Fue una de las primeras que impulsó la inves-



tigación psicosomática, aportando metodología y marco teórico que facilitó un acercamiento a las motivaciones inconsistentes de las tensiones y conductas y su incidencia en la enfermedad y la asistencia. La obra de Freud, y el psicoanálisis en general, aporta conceptos y describe mecanismos psicológicos que facilitan la comprensión y el manejo de los pacientes. Por ejemplo:

- La represión de afectos e impulsos.

- La somatización, regresión, racionalización, negación o proyección: en una palabra, "los mecanismos de defensa del yo" que pueden tener valor "explicativo" en la aparición de algunos trastornos, la formación de síntomas y en la forma de expresarse el paciente y relacionarse con el médico.

La Escuela Psicoanalítica introdujo en la teoría del enfermar un aspecto nuevo: "la personalidad de paciente", ello obligó a cambiar el alcance de la historia clínica, pasando del relato del enfermar, "patografía", al relato de la vida del paciente, "patobiografía".

Dentro del psicoanálisis, Balint estudió la interacción médico-enfermo y desarrolló métodos de preparación de los médicos en el manejo de las interconexiones entre sus emociones y las del paciente.

Alexander y otros psicoanalistas (Dunbar, Deutsh, etc.), han desarrollado posteriormente, con diversa fortuna, hipótesis sobre relaciones etiopatogénicas entre determinadas características psicodinámicas y enfermedades concretas, llegando a conclusiones no siempre coincidentes (1).

- *La Medicina Comportamental* (Behavioral Medicine). Se encuadra en el



contexto del modelo conductista y aplica los mismos criterios teóricos y terapéuticos de esta a la disciplina psicosomática (2). Señala que el Condicionamiento Operante también contribuye al aprendi-

zaje visceral y ha desarrollado técnicas como las de biofeed-back con el objetivo de modificar síntomas y disfunciones (1).

Dentro de la línea conductista Beck, Lazarus y otros, han aplicado su campo de interés al procesamiento lógico de la información que se produce al afrontar las demandas ambientales (proceso cognitivo) y a los determinantes irracionales de la conducta. Señalan la importancia sanitaria de las diferencias individuales o personales en el estilo cognitivo, las estrategias de respuesta y afrontamiento de situaciones, pautas de conducta, factores de motivación, etc. Y también de los factores ambientales: predictibilidad, ambigüedad, cambio, etc. Han desarrollado técnicas de intervención terapéutica cognitivas que tratan de producir cambios favorables en estos factores.

- *La Sociología*. Aporta a la Medicina Psicosomática conceptos como los de clase social, status, rol, alineación, etc. que son útiles para valorar características ambientales y aclarar comportamientos individuales y colectivos de importancia sanitaria (1).

Se han realizado estudios, desde varias perspectivas, sobre la influencia de las experiencias más precoces de la vida que podrían explicar la existencia de ciertas formas de vulnerabilidad o resistencia a enfermedades o desajustes personales concretos. Hinkel y Wolff, entre otros, dedujeron que existía una correlación estadística entre la incidencia de la enfermedad y la frecuencia de cambios de las relaciones interpersonales y las exigencias de la situación social. Según estos autores las experiencias adversas vividas durante la infancia, las dificultades experimentadas en las relaciones interpersonales en la edad adulta y las exigencias externas del ambiente social van siempre asociadas de una manera clara a una mayor susceptibilidad a enfermar.

Autores como Holmes y Rahe, Sarason y Dohrewend han venido desarrollando, desde la década de los sesenta, estudios objetivos de "Life-events" (acontecimientos vitales). Sostienen que los distintos acontecimientos, emocionalmente impactantes, que se acumulan en la vida de una persona, guardan estrecha relación con su estado de salud en un futuro próximo, al menos a nivel de estadística de grandes poblaciones.

Parson, Zola, Freidson, Mechanic y otros sociólogos de la medicina han desarrollado estudios sobre influencias culturales en la percepción y en la expresión de los síntomas y sobre las respuestas perso-

nales y familiares ante la enfermedad y su asistencia. Los conceptos de rol o conducta del enfermo son de utilidad en la comprensión y el manejo de las alteraciones del comportamiento asistencial de algunos enfermos y de ciertos cursos de enfermedad que se alargan contra el pronóstico esperado.

En los últimos treinta años se ha incrementado el interés en la psicósomática por los factores ambientales de la salud. La epidemiología muestra la importancia sanitaria de los diversos ambientes: familiar, laboral, ocio, vivienda, red de amigos, mundo de pertenencia, y relaciones sociales de apoyo (1).

Este enfoque no sustituye sino que complementa a los enfoques psicológico y fisiológico previos, y encaja bien en la Teoría General de Sistemas que considera al individuo como un todo al que tienen que estar referidos necesariamente todos los niveles de la realidad y todas las partes que lo componen: sistemas orgánicos, órganos, tejidos, células, moléculas, átomos, etc. y que a su vez sitúa al individuo como parte y nivel de un todo biológico, un todo social y aún un todo cosmológico, en los que está integrado y de los que depende.

CONCEPTO ACTUAL DE PSICOSOMÁTICA

Persisten aún significados inadecuados del término psicósomática:

- Unos identifican este término con alteración funcional, imaginaria o psicógena. Esta acepción es más frecuente entre pacientes, pero también se trasluce en el comportamiento de algunos médicos que sólo remiten a los departamentos de medicina psicósomática a pacientes con riqueza de síntomas, que plantean dificultades en la relación asistencial, o de los que advierten o sospechan ausencia de criterios de organicidad(1).

- Otros limitan el empleo del término psicósomática a un grupo de enfermedades orgánicas o afecciones específicamente humanas, en las que se ha determinado claramente la presencia de una codeterminación psíquica (1).

Es conveniente distinguir entre *psicogénesis*, que implica un determinado modo de causalidad, y *codeterminación psíquica* en la que el factor psicológico determina un papel pero junto a otros elementos causales de la enfermedad.

En estos trastornos hay una patología orgánica clara y evidente, comprobable con medios clínicos o complementarios.

Sin embargo la investigación etiológica no es capaz de aislar una causa orgánica clara y suficiente pero sí pone de relieve la concomitancia en el tiempo de una serie de factores psicológicos estresantes que desempeñan, por lo menos, un papel complementario importante en la causalidad del problema. Esto es lo que justifica que se aplique el término psicósomático o psicofisiológico.

Frente a este punto de vista, otros autores prefieren no establecer distinción entre enfermedades psicósomáticas y trastornos no psicofisiológicos, considerando que en todos ellos existe de algún modo un componente psicológico puesto que los factores emocionales influyen en todos los procesos corporales a través de vías nerviosas y humorales. Se aboga por la multicausalidad.

En la misma línea hay que reseñar el recelo sintomático con el que el término psicósomático, en su sentido más amplio, es acogido por sectores representativos de la psiquiatría actual (2).

La Asociación Psiquiátrica Americana, en su DSM-II (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, segunda edición), abandona el término psicósomático y lo sustituye por el de psicofisiológico. La tercera edición (DSM-III y DSM-III-R) solo dice prudentemente "Factores Psicológicos que alteran el Estado Físico", refiriéndose a la existencia de estímulos ambientales psicológicamente significativos que se encuentran temporalmente relacionados con la iniciación o exacerbación de una enfermedad física demostrable o proceso patofisiológico conocido.

Así pues la psicósomática no tiene una definición completa y universalmente aceptada porque se refiere a un proceso del pensamiento, y a prácticas médicas que parten de muy diferentes perspectivas y escuelas para tratar de dar una respuesta adecuada a los desajustes generados en el proceso de consolidación de la medicina científica, a menudo, mecanicista(1).

Contodo, se acepta que la psicósomática es una disciplina científica centrada en el estudio de las interacciones de factores psicológicos, sociales y biológicos en la salud, la enfermedad y la asistencia.

Es también un movimiento reformista que postula una asistencia globalizada y centrada en el paciente, y que propone un modelo de colaboración interdisciplinaria(1). A este respecto y en esa misma línea filosófica y asistencial, se han creado en España en los últimos diez años los Servicios de Medicina Psicósomática y Psicote-

rapia, dependientes, en general, de los Departamentos de Psiquiatría, e integrados en hospitales generales médico-quirúrgicos. Concretamente en nuestra ciudad, Zaragoza, hace ya once años que se puso en marcha este Servicio, dirigido por el Prof. Lobo, en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario.

Desde su implantación se vienen realizando estudios, de corte epidemiológico, sobre malestar emocional y morbilidad psíquica, en muestras representativas de pacientes atendidos hospitalaria o ambulatoriamente en otros Servicios Médicos, ello además de la asistencia especializada a los pacientes derivados a la Unidad. Se pretende de este modo sensibilizar a los profesionales y usuarios sobre la necesidad de valorar los factores emocionales en el hecho del enfermar, detectar la prevalencia y cualidad del malestar psíquico, sistematizar su evaluación y cooperar, en suma, en la atención integral e integrada del hombre enfermo (4) y (5).

ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

De las cifras informadas en un estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, sobre un universo conformado por 400 pacientes ingresados en salas médico-quirúrgicas, se concluye lo siguiente (9):

En contraste con sólo el 11,7% de pacientes de quienes sus médicos de referencia no psiquiatras emitían diagnósticos psiquiátricos, psicósomáticos o de personalidad, los porcentajes suministrados por las diferentes escalas e indicadores validados de perturbación de la salud psíquica (Índice de Langner, Cuestionario de Depresión de Zung, etc.) resultaban muy superiores.

Con el Índice de Langner, que detecta con bastante exactitud a sujetos que sin haber consultado con un especialista presentan trastornos emocionales significativos que necesitan ser abordados a este nivel, las frecuencias porcentuales de pacientes en niveles de afectación fue del 28,9% en varones y del 63,3% en mujeres.

Se detectaron manifestaciones psíquicas de tipo depresivo en el 54,4% de los hombres hospitalizados y hasta en el 70% de las mujeres, y en niveles de profunda gravedad el 12,2% y el 38,7%, respectivamente.

Los Departamentos de Patología Médica y de Especialidades Médicas y Quirúrgicas mostraban los índices de mayor prevalencia.

Investigaciones sobre morbilidad psíquica, según métodos clásicos y bien establecidos, basados en diseños experimentales utilizando procedimientos de demostrada fiabilidad y "validez" indican que aproximadamente el 50% de los pacientes que acuden a consultas de medicina interna o general presentan algún grado de morbilidad. De forma que uno de cada dos enfermos atendidos por el médico generalista o de familia padecen algún grado de malestar emocional (3), (10).

Pero muchos de estos estudios informan además de una insuficiente detección de los trastornos psíquicos en un amplio porcentaje de casos. Mal puede abordarse un problema si no se detecta,

En ese sentido efectuamos un estudio, hace cinco años, en colaboración con un médico internista de las Consultas del Hospital Clínico Universitario que había manifestado preocupación y sensibilidad por los temas psicológicos. Ciento cuarenta y cuatro pacientes ambulatorios, randomizadamente seleccionados entre los que acudían por vez primera a la consulta general, fueron examinados en primer lugar por el equipo médico y, de forma ciega, en una segunda fase, por el equipo psicosocial (6),(7). Se utilizó, además de la historia clínica y las pruebas complementarias, psicobiografía reglada, test de

"screening psicopatológico" y entrevista social psiquiátrica estructurada.

Expondremos brevemente algunos de los resultados obtenidos que entendemos podrían ser generalizables y que de hecho han sido revalidados en análisis posteriores; por otra parte se aproximan a los que han sido comunicados en la literatura internacional:

- El 52% de los pacientes médicos ambulatorios mostraban malestar psíquico significativo, según criterios operativos previos.

- La problemática afectiva representaba aproximadamente la mitad de dichos trastornos.

- El internista no detectó el trastorno en el 27% de los casos. Aproximadamente el 10% de la muestra, y el 18% del total de "casos", presentaban alteraciones psíquicas de suficiente entidad como para hacer recomendable la intervención de un especialista en psiquiatría, y la identificación por el internista fue aceptable en todos ellos.

- En los restantes casos el malestar emocional del enfermo, aunque significativo, no alcanzaba notables profundidades, y en el 58% de estos pacientes se requería sólo una intervención psicológica o psicoterapéutica por parte de su médico de referencia. ■

BIBLIOGRAFIA

- (1) ANGERA DE SOJO PEYRA, I.; NOLLA PANADES, J.: *Psicosomática: Orígenes, concepto, marcos de referencia, limitaciones y perspectiva en Medicina Psicosomática* (pp 1-6). Angera de Sojo Peyra, I. Ed. Antibióticos S.A. Doyma. 1988.
- (2) GRAU, A.: *Trastornos Psicosomáticos*. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. (pp 726-744); 2ª Ed. Salvat, 1985.
- (3) LIPOWIKI, Z.J.: *Consultation-Liaison Psychiatry: An overview*. Am J. Psychiat. 131:6, 623-630, 1974.
- (4) LOBO, A.; SEVA DIAZ, A.: *Aportación psiquiátrica a una medicina "integral": Un Servicio de Psicosomática y Psicoterapia. I. Fundamentos empíricos y doctrinales. II. La triple vertiente clínico-docente-investigadora*. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría 8, 6, 443-470, 1980.
- (5) LOBO, A.; GOMEZ BURGADA, F.: *Posibilidades de los Servicios de Psicosomática en los hospitales generales*. Com. Psiquiat. 5, 83-110, 1980.
- (6) LOBO, A.; RUBIO MONTESINOS, L.; MIRANDA, M.; VENTURA, T.: *Estudio de la iatrogenia por omisión en los trastornos psíquicos de pacientes médicos ambulatorios*. Actas. Ofic. XVIII R.S.E. Med. Psicosom., 11-25, 1981.
- (7) LOBO, A.; PEREZ-ECHEVERRIA, M.J.; ARTAL, J.; RUBIO MONTESINOS, L.; MIRANDA, M.: *Problemática social y psiquiátrica en una consulta de medicina interna*. Com. Psiquiat. 9, 427-442, 1982.
- (8) RUIZ OGGARA, C.; BARCIA SALORIO, D.; LOPEZ-IBOR, J.J. et al.: *Psicosomática en Psiquiatría*. Ed. Toray S.A., 1982.
- (9) SEVA, A.; DOURDIL, F.; LOBO, A.; MORALES, C.: *Los problemas psíquicos en el hospital general, su epidemiología*. Com. Psiquiat. 3, 72-137, 1979.
- (10) SHEPHERD, M.: *The prevalence and distribution of psychiatric illness in general practice*. J. Roy. Coll. Pract. Suppl. No. 2, 13, 16-19, 1973.

NORMAS DE INTERES PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS EN NATURA MEDICATRIX

1. Se admitirán temas relacionados con los diversos apartados que consta la revista, preferiblemente originales, aunque también se pueden someter a publicación traducciones inéditas o textos de ediciones agotadas (en caso de traducciones, se adjuntará una copia del original). El Consejo de Redacción se reserva el derecho de rechazar los trabajos que considere inapropiados o de proponer las modificaciones o aclaraciones que considere pertinentes, sin necesidad de justificar sus decisiones.

2. Los originales deberán ir escritos en castellano, y si se desea, pueden contener resúmenes en inglés, francés, o cualquiera de las lenguas oficiales en el estado español.

3. Los trabajos se pueden enviar mecanografiados o bien en diskette (**Formato ASCII o Wordperfect**, para ordenadores PC compatibles), en cuyo caso deberán acompañarse de una copia impresa. El envío de diskettes facilita enormemente el trabajo de redacción, y evita que se puedan producir transcripciones erróneas de lo expresado por el autor, por lo que recomendamos ésta forma de envío.

4. Si se envían los trabajos mecanografiados, se presentarán escritos a máquina y a doble espacio, en tamaño folio o Din A-4. Las hojas irán numeradas correlativamente en el centro superior. En la primera página constará el título y el nombre del autor, mientras que en la última página habrá de constar la

dirección completa y el teléfono del autor, así como la actividad profesional que realiza o su título o cargo más destacado.

5. Es oportuno encabezar el trabajo con una entrada o resumen sucinto del trabajo, de aproximadamente unas 150 palabras, que servirá en todo caso para elaborar el resumen en inglés (English Abstract) y las palabras clave (Keywords).

6. Las palabras o frases que por requerir un énfasis especial deban aparecer en letra cursiva se subrayarán con una línea recta. Las palabras que se desee aparezcan con letra negrita, se subrayarán con una línea ondulada (o bien en negrita, si se tiene la posibilidad).

7. El margen derecho será más amplio de lo usual para facilitar las tareas de corrección ortográfica y de estilo de la redacción de NATURA MEDICATRIX.

8. **SE ENVIARAN DOS COPIAS DE CADA ARTICULO**, que no es necesario que sean los originales, siempre que las copias tengan una calidad de reproducción adecuada para su lectura fácil. Las tablas y figuras habrán de enviarse siempre en ORIGINAL, para permitir una correcta reproducción. Se evitarán las fotografías a menos que sean indispensables para la comprensión adecuada del artículo. Recomendamos a los posibles autores que envíen ilustraciones o dibujos en BLANCO Y NEGRO.

9. La Redacción de NATURA MEDICATRIX no devol-

verá los artículos a sus autores, incluso aunque éstos no se vayan a publicar, por lo que se recomienda que el autor guarde siempre una copia en su poder.

10. Los artículos se enviarán a la sede social de la revista. Plaza de Urquinaona 2, 3º, 2ª (08010) BARCELONA, España. Debido a circunstancias editoriales, el plazo de publicación de los artículos enviados no será inferior a los tres meses.

11. **BIBLIOGRAFIA:** La bibliografía se puede ordenar correlativamente, en el orden que aparezca en el texto, o bien ordenada alfabéticamente. La forma de reseñar las referencias es la adoptada por la US National Library of Medicine y usada en el Index Medicus, siempre que sea posible.

- Revistas: Apellidos del autor(es) seguido de sus iniciales. Si son más de seis autores, indicar sólo los tres primeros seguidos de *et al.* Título completo del artículo. Título abreviado de la revista, sin puntos ni comas y año de publicación; número de volumen; número de las páginas.

- Ejemplo: HERRANZ G, Estilo y ética, la nueva edición de las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Medicina Clínica. 1985; 84: 189-190.

- Libros: Apellido(s) del autor(es) seguido de iniciales del nombre. Título completo del libro. Lugar de publicación: editor, localidad y año de edición. Ejemplo: Bourdiol RJ. *Traité d'Iridodiagnostic*. Maisonneuve, Sainte Ruffine (France), 1975.