



# Amaxofobia

La Amaxofobia (término utilizado desde el año 2000, aquí en España) es una fobia emergente, de la que se desconocía su entidad y que comencé a investigar a raíz de la inauguración de la web amaxofobia.com al inicio del nuevo milenio.

Los primeros casos comenzaron a llegar a las autoescuelas en torno a la mitad de la década de los 80, aumentando poco a poco en los 90. Lo que nos llevó a la necesidad de la investigación anteriormente comentada.

Las personas que comenzaron a buscar ayuda relataban su experiencia en diversos tratamientos psicológicos para resolver su trastorno. Había personas que se sometieron a psicoanálisis, terapias cognitivas, hipnosis, terapias gestálticas, desensibilización en imaginación, técnicas de visualización, terapias de enfoque humanista, terapias emocionales, etc, etc. Sin haber obtenido resultados satisfactorios, la fobia seguía persistiendo.

En general, fueron diagnosticados como "agorafóbicos" o con problemas de estrés postraumáticos, personas de baja autoestima, fóbicos sociales... Si bien es cierto que todas estas categorías pueden llevar aparejados, como consecuencia del trastorno primario, síntomas amaxofóbicos, también encontramos muchos casos en los cuales el problema primario era esta fobia específica a la conducción, sin que aparentemente hubiera trastornos de otro tipo.

Si es verdad, que una vez instalada, la autoestima de las personas desciende, pero (sin olvidar lo que Brenan define como falsa autoestima) no parecía que esta fuera anterior a la fobia y sí más una consecuencia de la misma.

Como también es cierto que una de las consecuencias de los accidentes de tráfico sea, aunque no necesariamente, un estrés postraumático, la verdad es que un alto porcentaje de amaxofóbicos no han tenido accidentes ni ellos ni su entorno más significativo.

En esta web publiqué un cuestionario en el que se pretendía identificar los siguientes aspectos:

- Perfil demográfico
- Síntomas tanto físicos como psicológicos de los afectados
- Cómo apareció la fobia
- De qué manera había evolucionado.

Con posterioridad, abrí otra web (y se cerró la anterior) con el nombre de [conducesinmiedo.com](http://conducesinmiedo.com), en la que en los últimos tres años hemos seguido recopilando información sobre el trastorno.

La definición de la amaxofobia la centro en su respuesta comportamental; una conducta intensa de huida-avoidancia de la conducción, en general referida a carreteras y muy especialmente a las vías de alta velocidad como son las autopistas y autovías.

En los casos más severos, esta evitación abarca también carreteras convencionales y las vías urbanas, llegando a cesar completamente la conducción e incluso el viajar en automóviles.

En general, hay un componente cognitivo de incapacidad en cuanto a soportar el miedo y el temor a provocar un accidente de tráfico por esta falta de autocontrol. Este temor anticipatorio es clave para entender la evitación, pero es consecuencia de haber experimentado ataques de pánico en la conducción. Además, cuando se ven expuestos a la situación temida, el sentimiento de angustia, de peligro inminente es intensísimo acompañado de un gran sufrimiento.



Considero, que para hablar de amaxofobia hay que haber experimentado una intensa respuesta de ansiedad y miedo conduciendo, pues últimamente ha habido una tendencia a considerar dentro de esta categoría problemas de inseguridad al volante sin que haya existido ese ataque de pánico (véanse los estudios efectuados por la Fundación Mapfre o recientemente el estudio realizado en por Acctitudine en Barcelona), donde no se hace una distinción adecuada del problema, ya que preguntar si una persona experimenta "nervios" conduciendo no aclara adecuadamente los términos, (puesto que no es lo mismo experimentar ansiedad que experimentar miedo).

Es evidente que cualquier conductor se siente más inseguro si las circunstancias atmosféricas son adversas o no lo son. No es lo mismo el miedo a la circulación densa que el ponerse de los "nervios" por un atasco de tráfico.

De ahí que en estos estudios se dan cifras, para mi gusto sobrevaloradas, sobre el número de afectados (se ha llegado a publicar que cerca del 33% de los conductores son amaxofóbicos, lo que es una exageración) cuando la realidad es que sólo un 12% presentan síntomas fóbicos y en torno a un 6-8% tienen una incapacidad manifiesta para la conducción y ven alterada su vida por este problema.

El análisis de los primeros 5.000 cuestionarios recibidos en la web, permitió comprobar que existen, al menos, tres tipos básicos de amaxofóbicos:

- Conductores que no sobrepasan los 2 primeros años, tras obtener el permiso, de conducción
- Conductores con experiencia superior a los 5 años de conducción que comienzan a experimentar estos síntomas.
- Conductores que desarrollan su fobia a consecuencia de accidentes de tráfico, este grupo se definiría mejor como un estrés postraumático a ese accidente.

Siendo el 2º grupo el más extenso (sobre un 60% de los reportados) y el que plantea mayores retos a la hora de comprender cómo han podido desarrollar esta fobia personas que podían calificarse de buenos conductores, de tener una sensación placentera previa con la conducción, y no haber experimentado accidentes de tráfico.

En cuanto al perfil de estos afectados, encontramos e-mails procedentes de todos los países de habla castellana, incluidos varios estados de EE.UU. De España nos llegaron de prácticamente todas las comunidades autónomas y tanto de poblaciones de carácter urbano o del medio rural, sólo aparecía, lógicamente, un sesgo, a mayor número de conductores, mayor número de afectados.

Preguntábamos también, en aquel primer cuestionario, sobre la actividad laboral de las personas que se ponían en contacto con la web. No hubo ninguna correlación estadística entre la profesión y la fobia. La conclusión obvia era que ni el hábitat ni la actividad cotidiana tenían una influencia directa con el trastorno. La única situación común era la necesidad de conducir.

En cuanto a la edad, se producía una gran desviación estándar en la muestra, si bien se apreciaba un agrupamiento mayor en torno a los 35-45 años de edad. Los casos reportados indicaban una gran variabilidad, desde los 18 años hasta los 65 años. Solamente parecían más vulnerables, dentro del primer grupo (conductores sin experiencia) aquellas personas que obtenían el permiso tardíamente (más de 25 años) frente a los que lo habían obtenido a los 18 años.

En aquellos conductores con experiencia superior a los 5 años de conducción la media de aparición del problema se daba en torno a los 10 años de experiencia, aunque, como se ha indicado, existe una gran dispersión.

Por su parte, en las personas accidentadas la imprevisibilidad del accidente era la circunstancia característica. En la mayoría de los casos, no eran los que habían originado el accidente, sino los que los habían padecido.

Por sexos, es cierto, que en ese primer estudio el ser mujer parecía una característica de vulnerabilidad, casi un 85% de los comunicantes eran mujeres.

Con posterioridad (actualmente se han superado los 13.000 comunicados) esta enorme diferencia entre mujeres y hombres se ha disminuido y especialmente en consulta, donde puedo decir que un 40% de los que acuden actualmente son varones.

Creo que es más la dificultad por parte de los hombres de reconocer su problema con el vehículo lo que determi-



na el porcentaje a favor de que sean las mujeres las que parezca que sufren más esta fobia.

¿Cuál puede ser el origen de esta fobia? ¿Por qué se desarrolla? ¿Hay factores psicológicos que predisponen a ella?

La experiencia con amaxofóbicos y la comunicación directa con ellos permite, al menos, distinguir que cada grupo de los mencionados presenta algunas características comunes.

Conductores sin experiencia:

- Formación inadecuada, especialmente el no haber desarrollado un sentimiento de autoconfianza en la capacidad de conducir de los afectados.
- Un entorno familiar que no favorece el desarrollo de la confianza, por ejemplo, maridos, novios, amigos, padres etc. Que parecen disfrutar destruyendo la poca confianza que estas personas tenían de su paso por las autoescuelas.
- Una baja autoestima, previa al aprendizaje.
- Aprendizaje sólo dirigido a conseguir aprobar el permiso y no a desarrollar las habilidades necesarias para el manejo de un automóvil de manera autónoma.

Su experiencia iba de más a menos confianza, el sentirse continuamente criticadas, el oír gritos, chillidos y una actitud por parte de sus acompañantes que es expresión del miedo que estos acompañantes pasan con los conductores inexperimentados, va degradando su autocontrol.

En estas personas, la falta de autoconfianza es el factor clave, es previo al aprendizaje y en general no es tratado adecuadamente por sus instructores.

En muchas ocasiones, más que el miedo a la circulación se observa un extremado temor a las críticas ajenas, a no saber desenvolverse, a no controlar las situaciones cotidianas de tráfico, en definitiva a "hacer el ridículo"; a entorpecer; a provocar la "furia" de los demás conductores.

Los conductores "expertos" que sufren de amaxofobia, son los genuinos representantes de este trastorno.

Hay un dato significativo en prácticamente la mayoría de ellos, es que refieren de si mismos que han sido conductores que podríamos definir como "agresivos" es decir, circulaban a velocidad elevada, tenían una tendencia a sobrepasar a cualquier vehículo que fuera más lento que ellos, abusaban de utilizar el carril izquierdo, aunque no hubiera causa para ello y siempre conducían con prisas, haciendo que su conducción estuviera marcada por la idea de llegar cuanto antes.

Otro de sus rasgos comunes es el "perfeccionismo".

En algún momento, experimentan inicialmente sobresaltos injustificados, generalmente en bajadas con curvas o al pasar puentes o túneles. Prosiguen experimentando malestar al sobrepasar camiones o llevarlos cerca.

El proceso se desarrolla experimentando ataques de ansiedad, generalmente en los mismos puntos de autopistas y autovías, por las que circulaban habitualmente. Empiezan a desarrollar un miedo al miedo, como síntoma principal, cognitivamente empiezan a preguntarse cómo es posible que les pase esto, a ellos, que han conducido sin problemas, gozando de la conducción y seguramente de sentirse conductores hábiles y expertos.

Durante años han sido muy críticos con los conductores prudentes o que no circulaban a la excesiva velocidad que desarrollaban. Verse, de repente, como incapaces de conducir como lo hacían normalmente les frustra y les desencadenan pensamientos y sentimientos auto-denigratorios.

Al principio evitan comunicar su problema, sienten una vergüenza importante y lo ocultan. La primera estrategia de evitación que utilizan es dejar de circular por aquellos lugares donde han experimentado ansiedad, buscan rutas alternativas, lo que les obliga a alargar sus desplazamientos.

Se desencadenan varios procesos psicológicos:

- Un condicionamiento pauloviano a los lugares temidos, pasan en décimas de segundo a desencadenar auténticos ataques de pánico.



- Un condicionamiento operativo de alivio en sus síntomas por un mecanismo de evitación. Salir de la vía que temen provoca la desaparición de los síntomas.
- Un proceso cognitivo de no querer afrontar las situaciones temidas por el miedo al miedo.
- Un sentimiento de incapacidad creciente, a mayor evitación mayor refuerzo del miedo.

En definitiva, una fobia manifiesta a los lugares temidos por el convencimiento de su incapacidad para controlar su miedo y un catastrofismo creciente por considerar que su comportamiento es altamente peligroso para sí mismos y para los demás.

Cuando hablamos de catastrofismo no exageramos en ningún sentido, piensan que van a provocar accidentes de tráfico y se ven como causantes de daños irreparables a los demás.

Todo ello provoca un descenso acusado de su autoconfianza, en muchos de ellos. Sólo se sienten capaces de conducir por lugares donde sepan, con absoluta certeza que pueden detenerse. Por ello, mantienen la circulación, curiosamente sin problemas, por vías urbanas y carreteras convencionales.

En general la velocidad a la que pueden manejar por estas vías es más elevada que la que desarrollaban en autopistas y autovías cuando se desencadena el problema.

En las más de 8.000 horas circulando con estas personas, se observan estos mecanismos descritos y la aparición súbita de la sintomatología física, que puede derivar hacia una hipocondría, ya que la mayoría rechaza las causas psicológicas.

La sintomatología fisiológica que acompaña esta fobia es similar a la descrita para los ataques de pánico (DSM IV).

- Vértigo
- Sensación de ahogo
- Palpitaciones
- Sudoración excesiva
- Contracciones musculares.

Estos síntomas son tan llamativos y duraderos que acaban formando el núcleo central de su problema, sienten auténtico terror al experimentarlos conduciendo. Además han descubierto que si aparecen, la evitación los hace desaparecer al instante, lo que refuerza negativamente la tendencia a la huida.

Como en cualquier fobia, la ansiedad-miedo, aparece antes, durante y después de cualquier exposición al estímulo aversivo.

La evolución siempre es a peor, pues no controlan los mecanismos cognitivos que acaban conformándose por las emociones sentidas.

En aquellos conductores que experimentan estrés postraumático su desarrollo es el clásico en estos trastornos de ansiedad. Distinguiéndose, con facilidad del caso mencionado con anterioridad. Su miedo es a los demás conductores y al sentimiento de vulnerabilidad creciente, un miedo constante a que se repita el accidente experimentado, lo que les lleva a tener reacciones imprevistas y defensivas, que alteran en ocasiones la circulación de los demás conductores, acrecentando su sentimiento de incapacidad y de aversión a ir en automóvil, no ya sólo a conducir.

Independientemente de su origen, el tiempo va conformando una respuesta fóbica muy similar en todos los casos.

Si bien es verdad, que la práctica de la conducción se mantiene más por parte de aquellos conductores "expertos", si bien limitado a aquellos lugares que ellos consideran seguros, es decir, donde sienten que si apareciera el miedo pueden detenerse sin complicaciones.

Mientras, en los conductores inexpertos la conducción cesa y en el estrés postraumático no sólo cesa la conducción sino que además se acrecienta la aversión a circular en automóvil.

Cuando nos enfrentamos a estos pacientes debemos tener claro el principio de que una fobia sólo se supera en



la medida en que seamos capaces de favorecer la capacidad de afrontamiento de estos pacientes.

Ahora bien ¿de qué manera lo haremos? En verdad que sólo las técnicas de exposición ofrecen una garantía de éxito en las fobias y en la amaxofobia se observa claramente.

Como se mencionó anteriormente, los clásicos tratamientos de "despacho" no solucionan el problema, o lo solucionan de manera muy limitada. A lo más que llegan es a permitir conducir por lugares "seguros" donde el paciente sepa, con absoluta certeza que puede parar el vehículo.

En algunos casos, he observado que el tratamiento aplicado va dirigido a que la persona asuma que no puede conducir y aliviar cognitivamente esta situación frustrante.

Hemos optado por un tratamiento basado en trabajar directamente esta fobia en el vehículo. Es decir, saliendo del despacho y acompañando al paciente en ese afrontamiento directo a su miedo por varias razones:

- No hay manera de descondicionar los síntomas físicos sino haciendo que el paciente los padezca y compruebe que no ocurre nada. Como estos síntomas sólo aparecen en las situaciones temidas ¿de qué otra forma podríamos hacerlo? No basta con insistir en que debe enfrentarse a sus miedos. Ellos ya lo saben, que sean fóbicos no quiere decir que sean "tontos". Su problema es precisamente que no se atreven a ello.
- Tienen una alteración importante de la percepción, cuando conducen invierten su atención a la búsqueda de amenazas, de peligros imaginados. Los métodos basados en la imaginación no surten efecto porque no es posible reproducir las condiciones en las que se desencadena la fobia, además, ellos "saben" que la situación no es real, lo que no les permite "sentir" su alteración.
- Los pensamientos irracionales que desencadenan sus ataques de pánico son tan fugaces e inconscientes y la respuesta de huida tan inmediata que no se dan cuenta de ellos. La respuesta emocional es tan intensa que domina todo el aparato cognitivo del paciente. Sólo permaneciendo en la situación temida pueden llegar a ser conscientes de que pensamientos e imágenes desencadenan y acompañan su miedo. Estos pensamientos son tan extraños, como el creer que el coche va a volcar, pensar que van a dar un volantazo y perderán el dominio del vehículo, sentir que se caen por los puentes..., que en ocasiones rechazan que sean ellos los que les provocan su miedo.
- La conducción es una conducta psicomotora, si se deja de practicar se pierde capacidad y coordinación, sólo conduciendo se recupera el adiestramiento.
- Sólo a través de pruebas de realidad (Ellis) podemos modificar la percepción de riesgo y peligro inminente que les acompaña.
- Pensamos, (como Burns y Andree) que la exposición guiada ayuda a mejorar las fobias.

Sin embargo, la exposición por sí misma no es la solución, la cuestión es ¿cómo podemos usar la exposición para provocar la modificación de la percepción alterada y los procesos cognitivos que acompañan a las fobias?

Un aspecto dificultoso es la presencia constante de la sintomatología física.

Precisamente estos estímulos internos que se sienten, que no se combaten con procesos cognitivos, puesto que se sienten, son usados como señales de alerta por los amaxofóbicos, de tal manera que actúan como iniciadores de su miedo.

Es normal que hayan usado técnicas de negación, pensamientos del tipo "esto no me puede pasar a mí", "es absurdo que me sienta de esta manera" etc, con ello sólo consiguen centrar más su atención en ellos, no sirven para evitar sentir lo que sienten, es más, desencadenan pensamientos del tipo "conducir así es un riesgo", "voy a realizar algo peligroso", "tengo que parar", "no lo puedo soportar", "me voy a desmayar" etc. Que solo logran aumentar su miedo en una espiral de ansiedad continuada.

Nunca llegan a experimentar la curva de la ansiedad, y por tanto no sienten nunca la disminución de la misma. Hemos comprobado que la mejor táctica es aceptar los síntomas físicos como algo normal, no peligroso, y ayudar a mantener la conducción hasta que al cabo de unos 15 minutos, la ansiedad va cediendo poco a poco.

Demostrar que la ansiedad disminuye con el tiempo es el mejor bálsamo para su miedo al miedo.

Su no aceptación de que los síntomas físicos no son peligrosos es una de las mayores dificultades a la hora de



ayudar a superar el miedo.

Pensemos que un conductor no puede distraerse ni utilizar técnicas de relajación basadas en la desatención de la situación. El conductor ha de ser consciente de lo que hace y de la realidad que le rodea.

Es ahí, en redirigir su atención fuera de sí mismos donde está la clave. La atención humana no permite concentrarse en dos cosas a la vez, no puede estar pendiente de que se siente y de la realidad del medio externo. Perdón, si puede, ellos lo hacen, pero esta atención dividida genera una fuerte dosis de ansiedad, es difícil atender a ambos a la vez.

Para lograr los objetivos de recuperar la plena autonomía con el vehículo partimos de la idea de que el trabajo que desarrollamos en las sesiones sirva para que luego nuestros clientes puedan trabajar "tareas fin de semana" en sesiones de autoexposición, que en última instancia es el objetivo.

Para ello comenzamos la terapia usando un vehículo adaptado (con doble mando) ideal para conseguir un clima de confianza donde el paciente pueda experimentar su miedo en la situación temida sin que pueda haber consecuencias negativas, de esta manera logramos el descondicionamiento del inicial del miedo, ayudando a soportarlo y a evaluar las alteraciones perceptivas que lo acompañan.

Cuando esto se logra, es decir, cuando el afectado es capaz de empezar a circular con cierta tranquilidad y es consciente de los pensamientos distorsionados que conlleva el miedo, pasamos a la fase donde trabajamos con el coche del cliente.

En esta fase, lógicamente, el conductor no está "protegido" por el doble mando y experimenta el miedo de una manera más consciente y el afrontamiento de una manera más directa.

Por último trabajamos con dos coches, manteniendo al amaxofóbico sólo en su vehículo y circulando detrás del coche del terapeuta.

A lo largo del proceso, las tareas de autoexposición se diseñan en función de los progresos realizados durante las sesiones, observándose la importancia que tienen para la autoconfianza del paciente.

Como se comentó, hay un trabajo constante durante las sesiones de reconstrucción cognitiva, haciendo hincapié, sobre todo, en la percepción, intentando que sean conscientes de cómo su percepción se ha distorsionado y haciendo que sea cada vez más realista.

De otra parte se observa como la ansiedad anticipatoria disminuye, llegando a prácticamente desaparecer o a eliminarse en el momento que la persona comienza la conducción.

Para nosotros es muy importante trabajar la ansiedad posterior a la exposición; en el sentido de la tendencia de estos pacientes a no asumir que la mejora de su autocontrol depende de ellos. Continuamente hacen referencias a factores exteriores como los responsables de ello, que si el tráfico era muy favorable, que se debe a la presencia del terapeuta, que si es debido a las condiciones atmosféricas etc.

Es como si no quisieran aceptar su responsabilidad en el proceso, como si la no aceptación de su responsabilidad personal les permitiera, en última instancia, no asumir la responsabilidad de conducir.

Quedan varias incógnitas por resolver, una de las principales es la causa de este problema. Actualmente creo que sólo podemos movernos en hipótesis, pero la mayor correlación que se observa es que el miedo aparece en épocas de estrés, personal, laboral o físico. ¿por qué aparece el estrés como elemento común? Es probable que la incertidumbre que genera se traslade a uno de los pocos ámbitos de la vida cotidiana en que las personas asumen un riesgo físico, la conducción y que la toma de conciencia del peligro real que la circulación lleva en sí misma origine esta fobia.

Como causas del estrés hemos visto desde la muerte de los padres (en varios casos de mujeres), el asumir más responsabilidad laboral, las presiones familiares, divorcios, nacimiento de hijos etc.

También observamos la vulnerabilidad de aquellas personas con miedo a las alturas, de manera que cuando empiezan a experimentar amaxofobia, reproducen síntomas de ese miedo cuando conducen, especialmente cuando



se enfrentan a bajadas en espacios abiertos, donde experimentan un vértigo similar al que sufren al estar situados en pisos altos o lugares similares.

Esta tendencia a reproducir miedos diversos en el coche junto a la aparición de la amaxofobia no es evidente para ellos. Tampoco lo es la relación entre el estrés y la amaxofobia.

Otra de las cuestiones a resolver es de qué manera podemos fomentar la exposición de estos pacientes.

En los últimos tres años, hemos desarrollado cursos específicos sobre este problema con profesores de auto-escuela, creemos que estos profesionales pueden suponer una ayuda importante para estas personas, sobre todo porque están capacitados para controlar las situaciones de tráfico y el manejo de los vehículos con doble mando.

Mi propia experiencia como profesor de seguridad vial me ha permitido desarrollar estas terapias de exposición con más libertad que a otros psicólogos carentes de esta experiencia.

Pienso que los profesionales de las autoescuelas, bien formados en esta fobia y en cómo desarrollar las terapias de exposición, pueden ser aliados magníficos de los psicólogos clínicos. Es evidente que no están en condiciones para efectuar un tratamiento específicamente psicológico del problema, pero también muchos psicólogos clínicos no lo están para ir en un coche de doble mando. Por tanto una buena alianza entre ambos grupos de profesionales puede resultar importante a la hora de ayudar de una manera efectiva a estos fóbicos.

Por último quisiera hacer hincapié en que la superación de la amaxofobia implica conseguir un cambio cognitivo en estos pacientes, especialmente en tres áreas:

- Autoestima
- Control del estrés
- Capacidad de afrontamiento

Los fóbicos que hemos tratado y que han superado su trastorno no conducen igual que lo hacían antes del desarrollo de la fobia, cambian a una conducción más tranquila, menos competitiva y de alguna manera más racional en el uso del automóvil.

Se me ha preguntado con frecuencia si los amaxofóbicos son conductores peligrosos cuando están sometidos a esta fobia. La respuesta es rotundamente no. Especialmente porque, a medida que comienzan los síntomas, las conductas de evitación se hacen presentes y ellos mismos suprimen los itinerarios donde sienten miedo.

Peligrosos son los conductores que circulan a velocidades por encima de los límites o lo hacen bajo los efectos del alcohol o de otras drogas, pero los amaxofóbicos, por la misma naturaleza de su trastorno se caracterizan por un exceso de prudencia y un conocimiento exagerado de sus propios límites.

Para el futuro queda mejorar el tratamiento y el porqué de esta fobia y creo importante diferenciar lo que es la amaxofobia de otras categorías que sin serlo, actualmente se están incorporando, innecesariamente a esta fobia sin tener similitud con ella.

Al término quisiera expresar el profundo respeto que he aprendido a tener a los fóbicos. La motivación y el coraje que demuestran al enfrentarse a sus fantasmas siempre me ha asombrado.

El trabajo ha ido dirigido a solucionar los problemas de la vida cotidiana que se les crean al no poder conducir. Este objetivo marca para muchos de ellos el límite al que quieren llegar.

Podría pensarse que no se logra una recuperación al 100%, pero a lo mejor la valoración adecuada no sea tomar como medida la conducta anterior a la fobia, sino buscar la comparación con el momento en que el trastorno provocó mayor limitación funcional.

Cómo en cualquier problema psicológico creo que la duración de la terapia está condicionada a la antigüedad del mismo. La superación de la amaxofobia no es un proceso a corto plazo.

Tres palabras definen el desarrollo terapéutico de esta fobia: Paciencia; Persistencia y Constancia.

