LOS TRASTORNOS

DE

LA

PERSONALIDAD

Los trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad (o enfermedades mentales) alteran la personalidad del individuo, algunos cambian la forma de pensar, la forma de actuar e incluso la percepción.

Los trastornos de la personalidad suelen ser afecciones duraderas, casi de por vida, con las que una persona resulta inflexible, mal adaptada a su entorno, causante de frecuentes problemas laborales y sociales que generan molestias y daños a la propia persona y a los demás.

Actualmente un gran número de personas sufre algún tipo de trastorno en su salud psíquica que afecta seriamente su calidad de vida. Muchas de ellas no lo sabe o se niegan a aceptarlo, pero también está el caso contrario, menos común, en que personas sanas creen estar enfermas.

Se trata de alteraciones mentales que por lo general suelen ser profundamente dolorosas para el que las padece y para sus familiares y amigos. Toda la vida suele convertirse para ellos en una tortura y en casos extremos su estado les puede llevar a la incapacidad más absoluta para realizar incluso las tareas más simples.

El trastorno mental suele surgir de forma solapada sin que las personas allegadas se den cuenta de los cambios que se van efectuando en el enfermo. Solo cuando el paciente toca fondo o su comportamiento le delata suena la voz de alarma. Incluso, es frecuente que el paciente no sea consciente, no se dé cuenta que ya no es el mismo, que está enfermo y necesita ayuda.

Muchas veces la persona enferma puede experimentar una pérdida parcial o total del contacto con la realidad. Su comportamiento y pensamiento se ven invadidos por ansiedad, depresión, intensos miedos o fobias, conductas obsesivas, perturbaciones del pensamiento, paranoias, delirios, alucinaciones, manías, etc.

En consecuencia, la persona afectada sufrirá un deterioro en diversas áreas de su vida, que le hará aun más difícil una adecuada integración en su entorno familiar y social.

Trastornos de la personalidad

Clasificación

La división de los trastornos en clases es todavía inexacta, y las clasificaciones varían según las escuelas y doctrinas psicopatológicas. Para uniformar criterios, la Organización Mundial de la Salud (OMS), creó el DSM, clasificación de los trastornos mentales universal, que ha conocido hasta la fecha varias versiones.

En parte, desde esta distinción en función de la gravedad y de la base orgánica, se diferencian los trastornos psicóticos de los neuróticos.

De forma general, **psicótico** significa un estado en el que el paciente ha perdido el contacto con la realidad, mientras que **neurótico** se refiere a un estado de malestar y ansiedad, pero sin llegar a perder contacto con la realidad. En su extremo, como formuló Sigmund Freud, el fundador del psicoanálisis, todos somos "buenos neuróticos", en tanto que los casos de psicosis son contados. Los más comunes entre la **psicosis** son: la esquizofrenia, la mayor parte de los trastornos neurológicos y cerebrales (demencias), y las formas extremas de la depresión (como la psicosis maniaco-depresiva). Entre las **neurosis**, las más típicas son las fobias, la histeria, los trastornos obsesivo-compulsivos, la hipocondría (miedo patológico a la enfermedad y la muerte), y en general todos aquellos que generan una alta dosis de ansiedad sin que haya desconexión con la realidad.

Los trastornos metales se podrían dividir dos tipos:

La psicosis:

Este término se refiere a las enfermedades mentales que alteran profundamente la personalidad. Estas graves afecciones suelen ser de origen orgánico. Las relaciones del sujeto consigo mismo, con los otros, con el mundo exterior quedan falseadas. El psicótico cree que es imposible restablecer estas relaciones. Su universo es irreal, sus perspectivas están radicalmente deformadas.

La neurosis:

Trastorno grave del psiquis con desórdenes en el comportamiento. Sin embargo, al revés de lo que sucede en la psicosis, la neurosis no es una enfermedad constitucional: **el sujeto es consciente de su estado y desea vivamente curarse**.

La neurosis se manifiesta en actitudes y afectos aberrantes. Así, la «neurosis de fracaso» o «de destino» impulsa al sujeto a adoptar puntos de vista, o a tornar decisiones contrarias a sus intereses. La «neurosis obsesiva» le impulsa a ejecutar rituales complicados para combatir sus temores del polvo, de los microbios, de los objetos puntiagudos, etc. En la fobia o «crisis de angustia» el enfermo no puede soportar hallarse en un lugar cerrado o atravesar espacios abiertos.

Para curar la neurosis se emplea la cura psicoterapéutica, y en particular el psicoanálisis. Junto a estos grandes trastornos del psiquis, se observan también otros menores que caracterizan lo que suele llamarse las personalidades neuróticas». Por ejemplo, en la hipocondría, el sujeto se preocupa exageradamente de su salud; en la impotencia o en la frigidez, es incapaz de experimentar los placeres normales de la sexualidad, en la depresión, abdica ante las dificultades de la vida.

El sujeto afectado de neurosis obsesiva se ve invadido de preocupaciones exclusivas (obsesiones por la limpieza, por el infinito, por las verificaciones interminables, etc.) contra las que no cesa de luchar, sobre todo por medios mágicos (fórmulas mágicas repetidas mentalmente, por ejemplo). Esta lucha agotadora, sobre todo si implica el temor a los actos agresivos (realizados excepcionalmente), se acompaña de sentimientos de duda, de irrealidad, de extrañeza o de perplejidad.

EL PSICOPATA

El trastorno psicopático produce una conducta anormalmente agresiva y gravemente irresponsable, que según el doctor Hervey Cleckley determinan una serie de características clínicas, descritas en su libro *The Mask of Sanity* que incluyen:

Encanto superficial e inteligencia.

Ausencia de delirios u otros signos de pensamiento no racional.

Ausencia de nerviosismo o manifestaciones psiconeuróticas.

Escasa fiabilidad.

Falsedad o falta de sinceridad.

Falta de remordimiento y vergüenza.

Conducta antisocial sin un motivo que la justifique.

Juicio deficiente y dificultad para aprender de la experiencia.

Egocentrismo patológico y carencia de empatía.

Pobreza generalizada en las principales relaciones afectivas.

Pérdida específica de intuición.

Insensibilidad en las relaciones interpersonales generales.

Conducta extravagante y desagradable bajo los efectos del alcohol y, a veces, sin él.

Amenazas de suicidio raramente consumadas.

Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

Para el doctor Robert Hare, investigador sobre psicología criminal, los criterios que definen a la personalidad psicopática pueden evaluarse mediante una lista de veinte características denominadas Psychopathy Checklist (PCL). Estas descripciones tuvieron como base el trabajo de Cleckley para definir la psicopatía a través de una serie de síntomas interpersonales, afectivos y conductuales. Los síntomas que exhiben los psicópatas son, según Hare:

Gran capacidad verbal y un encanto superficial.

Autoestima exagerada.

Constante necesidad de obtener estímulos y tendencia al aburrimiento.

Tendencia a mentir de forma patológica.

Comportamiento malicioso y manipulador.

Carencia de culpa o de cualquier tipo de remordimiento.

Afectividad frívola, con una respuesta emocional superficial.

Carencia de empatía. Crueldad e insensibilidad.

Estilo de vida parasitario.

Falta de control sobre la conducta.

Vida sexual promiscua.

Historial de problemas de conducta desde la niñez.

Falta de metas realistas a largo plazo.

Actitud impulsiva.

Comportamiento irresponsable.

Incapacidad patológica para aceptar responsabilidad sobre sus propios actos.

Historial de muchos matrimonios de corta duración.

Tendencia hacia la delincuencia juvenil.

Robert Hare estima que el 1 % de la población es psicópata. Otras estimaciones incluso llegarían al 6 %. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), su prevalencia está entre el 0.2% y el 3.3%.

Posibles causas que dan origen a los psicópatas

No existe evidencia real sobre las posibles causas del trastorno de personalidad antisocial, sin embargo, se cree que factores genéticos y ambientales, como el maltrato infantil o abuso infantil, contribuyen a su desarrollo. Las personas de padres antisociales o alcohólicos corren mayor riesgo. Los hombres han resultado más afectados que las mujeres. Las prisiones contribuyen en mucho a desarrollar esta afección en las personas.

En la seducción el psicópata necesita que el otro esté de acuerdo, para lo cual usa la persuasión y el encanto, por lo que es bidireccional; hay un consentimiento por parte de la otra persona, a diferencia de lo que ocurre en las relaciones tangenciales donde el psicópata actúa unidireccionalmente mediante la violencia, que constituye una agresión desde una posición de poder**. Aquella bidireccionalidad podría ser debida a que la mayoría de psicópatas son conscientes de las consecuencias judiciales de sus actos.**

Personalidad inestable (Trastorno Límite de la Personalidad)

Algunas personas muy inestables pueden encuadrarse dentro de una categoría psicopatológica especial que denominamos Trastorno límite de la personalidad. Lo más típico de este cuadro es la existencia de un patrón general de inestabilidad y continuo cambio en las relaciones interpersonales (que pasan del afecto más extraordinario al mayor de los desprecios), en la propia autoimagen (que varían de verse muy atractivo o inteligente a alguien horrible) y en los afectos (que oscilan en su grado de intensidad). Además, es muy característica una notable impulsividad.

Todos los sujetos con un trastorno límite de la personalidad se desviven para impedir un abandono real o imaginado de algún amigo, familiar, o de un conocido. En general, este miedo guarda relación con la incapacidad para estar solos. Por eso, la percepción de una inminente separación o rechazo pueden llevarles a cambios profundos en la sus actitudes, en sus pensamientos y en sus acciones. Son sujetos muy sensibles a todo lo que sucede y su forma de reaccionar es exagerada, incluso ante pequeños avatares. Su temor al abandono les lleva a exhibir una gran rabia o desasosiego ante separaciones lógicas o breves (por ejemplo, pueden exigir a su pareja que no les deje solos ni un instante o enfadarse terriblemente porque unos amigos cambian un plan de un fin de semana para el siguiente).

A veces, para detener a la persona que puede abandonarles son capaces de actos auto-agresivos (cortes, quemaduras, caídas, intentos de suicidio, etc.).

Cuando alguien con trastorno límite se muestra generoso, amable y solícito con personas de alrededor, lo más probable es que -de forma inconsciente- busque comprar el afecto de esas personas y que, al cabo, acabe exigiendo que le correspondan y satisfagan sus propias necesidades o demandas. Lógicamente, cuando esto no sucede cambian dramáticamente su opinión sobre los demás y pasan a verlos como ingratos y ruines.

Siguiendo con los casos más perturbados, algunas personas con trastorno límite pasan por períodos psicóticos. Así, por ejemplo, sufren alucinaciones y delirios (aunque nunca muy prolongados en el tiempo), caen en estados depresivos profundos, tienen experiencias disociativas, o sienten que no existen en absoluto. Estas experiencias ocurren con más frecuencia cuando aumenta el estrés psicosocial (por ejemplo, ante la muerte de alguien cercano, la pérdida de una relación o la mudanza de algún aspecto importante de su vida).

Su rendimiento académico suele ser mediocre, aunque no por falta de inteligencia. También son trabajadores inestables, con una eficacia continuada pobre y múltiples bajas laborales.

HISTERICOS

La **histeria** (del francés *hystérie*) es una afección psicológica que pertenece al grupo de las neurosis. Técnicamente, se denomina trastorno de conversión.

Según el Concilio de Investigación Médica 1941 se definió la histeria como una condición en la que el paciente muestra síntomas físicos y mentales, que no tienen un origen orgánico por el cual puedan ser explicados, y se originan y se mantienen por motivos no totalmente conscientes, dirigidos a una ganancia real o simbólica que deriva de tales síntomas.

Síntomas

Los síntomas histéricos son reversibles. Destacan los trastornos motores, sensitivos y sensoriales.

Los trastornos motores pueden ser convulsiones o parálisis.

Depresión.

Depresión: es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, la dejadez, la inactividad y la incapacidad para el placer.

Tipología de la depresión

En psicopatología se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión, aunque en ambos la perturbación del estado de ánimo es el síntoma principal. En una, el trastorno depresivo, aparecen sólo episodios de depresión. En la otra, depresión bipolar o síndromes maníaco-depresivos, se alternan periodos depresivos con otros de ánimo exaltado y euforia (manía).

En las depresiones simples o en las fases depresivas de las bipolares, domina el ánimo depresivo, aunque el paciente puede no ser consciente de sentirse triste. Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades normales, y los síntomas pueden incluir además perturbaciones del sueño (como despertarse temprano por las mañanas); pérdidas de apetito o un apetito desmedido; incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones; lentitud de ideación y energía decaída; sentimientos de inutilidad, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo; disminución del interés sexual; e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio.

En la fase maníaca, el ánimo del paciente es elevado, exaltado, expansivo o irritable. El comportamiento es extravagante y en ocasiones ofensivo. Otros síntomas son el exceso de locuacidad, la fuga de ideas, las ideas de grandeza, una actividad sexual, social y laboral excesivas, incapacidad de concentrarse, pérdida del juicio y disminución desmedida del sueño.

Aparición

Parece haber una cierta predisposición a estos trastornos depresivos que es genética, con lo que el riesgo de sufrir un trastorno de este tipo es mayor en las familias de pacientes depresivos que en la población general. La mayor proporción de la enfermedad en la mujer quizá dependa de causas orgánicas, pero también parece estar condicionada por la adquisición de roles sociales más pasivos e incapacitantes, y por el hecho de que, al buscar ayuda con más facilidad que el hombre, es posible que las depresiones masculinas pasen más desapercibidas, siendo en realidad menos marcada la diferencia entre los dos sexos en este punto.

Tratamiento

Los trastornos depresivos son, por fortuna, de los más tratables de la psiquiatría, al haber sido ligados con la disfunción de dos de los principales sistemas de neurotransmisores cerebrales, la serotonina y la noradrenalina, por lo que se emplean dos tipos de fármacos: los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos y los inhibidores de la MAO (monoaminoxidasa).

Suicidio y comportamiento suicida

El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida. El comportamiento suicida es cualquier acción que pudiera llevar a una persona a morir, como tomar una sobredosis de fármacos o estrellar un automóvil de forma deliberada.

Causas

El suicidio y los comportamientos suicidas generalmente ocurren en personas con uno o más de los siguientes factores:

Trastorno bipolar

Trastorno límite de la personalidad

Depresión

Consumo de alcohol o drogas

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Esquizofrenia

Cuestiones de vida estresantes, como problemas serios a nivel financiero o en las relaciones interpersonales

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:

Sentirse avergonzado, culpable o como una carga para los demás.

Sentirse como víctima.

Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

Los comportamientos suicidas pueden ocurrir por una situación o hecho que la persona ve como agobiante, tales como:

El envejecimiento (los ancianos tienen la tasa más alta de suicidio).

La muerte de un ser querido.

El consumo de drogas o alcohol.

Un trauma emocional.

Enfermedad física grave.

El desempleo o los problemas financieros.

Los factores de riesgo del suicidio en adolescentes incluyen:

Acceso a armas de fuego.

Miembro de la familia que cometió suicidio.

Antecedentes de autoagresión deliberada.

Antecedentes de abandono o maltrato.

Vivir en comunidades en donde ha habido brotes recientes de suicidio en personas jóvenes.

Ruptura sentimental.

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte. Muchos de estos intentos se llevan a cabo en una forma en que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan un grito en busca de ayuda.

Los parientes de personas que intentan o cometen suicidio a menudo se culpan o se enojan mucho y pueden ver el intento de suicidio como egoísta. Sin embargo, las personas que intentan cometer suicidio con frecuencia creen erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo.

Síntomas

A menudo, pero no siempre, una persona puede mostrar ciertos síntomas o comportamientos antes de un intento de suicidio, entre ellos:

Tener dificultad para concentrarse o pensar claramente.

Regalar las pertenencias.

Hablar acerca de marcharse o la necesidad de "dejar todos mis asuntos en orden".

Cambio repentino en el comportamiento, sobre todo calma después de un período de ansiedad.

Pérdida de interés en actividades que solía disfrutar.

Tener comportamientos autodestructivos, como tomar alcohol en exceso, consumir drogas ilícitas o hacerse cortaduras en el cuerpo.

Alejarse de los amigos o no querer salir.

Tener dificultad repentina en el colegio o el trabajo.

Hablar acerca de la muerte o el suicidio o incluso declarar el deseo de hacerse daño.

Hablar acerca de sentirse desesperanzado o culpable.

Cambiar los hábitos alimentarios o de sueño.

Preparar maneras de quitarse su propia vida (como comprar un arma o muchas pastillas).

TERRORISTAS

El Diccionario de la Real Academia Española, en el avance de su vigésima tercera edición modifica la anterior incluyendo una tercera acepción, define el término *«terrorismo»*como:

Terrorismo

1. Dominación por el terror.
2. Sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror.
3. Actuación criminal de bandas organizadas, que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretende crear alarma social con fines políticos.

El Código Penal Español de 1995 en el artículo 571, donde tipifica el delito de terrorismo, define terrorista como:

«Los que perteneciendo, actuando al servicio o colaborando con bandas armadas, organizaciones o grupos cuya finalidad sea la de subvertir el orden constitucional o alterar

gravemente la paz pública, cometan los delitos de estragos o de incendios tipificados en los Artículos 346 y 351, respectivamente, serán castigados con la pena de prisión de quince a veinte años, sin perjuicio de la pena que les corresponda si se produjera lesión para la vida, integridad física o salud de las personas.»

La Delincuencia Común.

Los delincuentes comunes o delincuencia "simple", pueden actuar solo o en pandilla, empero su fin no es más que delinquir con la finalidad de obtener dinero, para repartirlo entre sus miembros y gastarlo en drogas, no cuenta con una organización, códigos, estructura, capital financiero, aunque estos actúen en pandillas, no pueden operar como parte de la delincuencia organizada y esto es así porque, es obvio que el delincuente común delinque para obtener dinero robando a trasuntes, automóviles estacionados o sus partes, casa habitación etc., es decir no tiene objetivos claros u específicos, en mas a veces lo hace hasta en forma desorganizada, esto con el único fin de que lo sustraído ilegalmente vaya al consumo de drogas, por ejemplo un grupo de personas roba un automóvil, este a su vez es desmantelado para vender sus partes en el marcado negro, lo más común es que estos delincuentes se disuelvan una vez repartido el motín para no ser capturados por las autoridades, acción que la delincuencia no hace, ya que cuando es aprehendido un individuo de su organización esta sigue y este individuo se sustituye por otro, en forma jerárquica.

Podemos decir que la delincuencia menor es la cometida por un individuo, y cuando mucho, por dos, y que tiene por objetivo la comisión de un delito que podría ser desde una falta menor, hasta una grave y calificada, pero que no trascienden su escala y proporciones, es decir, no son cometidos por bandas bien organizadas, no hay una gran planeación en los hechos delictivos, o no se pretende operar permanentemente a gran escala.

Es pues, este tipo de delincuencia a la que podríamos llamar vulgarmente como delincuencia callejera, es decir la más ordinaria; citando un ejemplo serian las siguientes:

I. Asalto a transeúntes.

II. Carterismo.

III. Violación.

IV. Robo de bienes y artículos menores.

V. Robo a casas habitación.

VI. Vandalismo.

VII. Robo de vehículos.

VIII. Graffiti y pinta de muros y monumentos.

La Delincuencia Organizada

Si analizamos con detenimiento a las organizaciones criminales y a las organizaciones legales como empresas comerciales, se puede concluir que desde el punto de vista formal, no existen mayores diferencias, pues su fin fundamental es obtener el máximo de rentabilidad. Y si observamos que muchas organizaciones legales, legítimamente constituidas ejecutan acciones abiertamente ilegales para incrementar sus ganancias, como es el caso de la evasión de impuestos, despidos sin indemnización, ocultamiento de información aduanera, sobornos, alteraciones contables, etc., vemos que la diferencia no es fundamentalmente grande. Esta reflexión nos conduce a señalar, que hay una coincidencia en cuanto a los medios empleados, para conseguir sus fines. Por lo que podemos decir, que la delincuencia menor a comparación de la delincuencia organizada; esta última opera a gran escala, con una organización y estructura de trabajo, códigos y disciplinas rígidas, la delincuencia organizada opera en grandes cantidades de dinero y tecnología.

En conclusión podemos decir que la palabra y el significado de delincuencia organizada, más que una acepción, es un nivel en el que se involucran demasiados intereses, capital financiero, infraestructura, mercado, políticas, etc., a comparación de la delincuencia común, que no tiene orden o capacidad para delinquir y sus delitos son "simples", mientras el delincuente común opera con el miedo de la sociedad a través de robos sin escala, la delincuencia organizada opera con capital financiero y tecnología para lograr un poder financiero nacional e internacional.

El **síndrome de Estocolmo** es una reacción psicológica en la que la víctima de un secuestro, violación o retención en contra de su voluntad, desarrolla una relación de complicidad y un fuerte vínculo afectivo,[1] con quien la ha secuestrado. Principalmente se debe a que malinterpretan la ausencia de violencia contra su persona como un acto de humanidad por parte del secuestrador.[1] Según datos de la Federal Bureau of Investigation

(FBI), alrededor del 27 % de las víctimas de 4700 secuestros y asedios recogidos en su base de datos experimentan esta reacción.[1] Las víctimas que experimentan el síndrome muestran típicamente dos tipos de reacción ante la situación: por una parte, tienen sentimientos positivos hacia sus secuestradores; mientras que, por otra parte, muestran miedo e ira contra las autoridades policiales. A la vez, los propios secuestradores muestran sentimientos positivos hacia los rehenes.

Causas

En la bibliografía sobre el tema, se mencionan varias posibles causas para tal comportamiento:

Tanto el rehén o la víctima como el autor del delito persiguen la meta de salir ilesos del incidente, por ello cooperan.

Los rehenes tratan de protegerse en un contexto de situaciones que les resultan incontrolables, por lo que tratan de cumplir los deseos de sus captores.

Los delincuentes se presentan como benefactores ante los rehenes para evitar una escalada de los hechos. De aquí puede nacer una relación emocional de las víctimas por agradecimiento con los autores del delito.

Con base en la historia de desarrollo personal, puede verse el acercamiento de las víctimas con los delincuentes, una reacción desarrollada durante la infancia. Un infante que percibe el enojo de su progenitor, sufre por ello y trata de «comportarse bien», para evitar la situación. Este reflejo se puede volver a activar en una situación extrema.

La pérdida total del control que sufre el rehén durante un secuestro es difícil de asimilar. Se hace más soportable para la víctima convenciéndose a sí misma de que tiene algún sentido, y puede llevarla a identificarse con los motivos del autor del delito.

Este comportamiento surge debido a la presión psicológica que tiene el rehén al saberse aislado, abandonado, amenazado y quizás olvidado por la policía.

Historia

Patricia Hearst durante el atraco protagonizado por el SLA en el Banco Hibernia.

El 23 de agosto de 1973, Jan Erik Olsson intentó asaltar el Banco de Crédito de Estocolmo, en Suecia. Tras verse acorralado tomó de rehenes a cuatro empleados del banco, tres mujeres y un hombre. Entre sus exigencias estaba que le trajeran a Clark Olofsson, un criminal que en ese momento cumplía una condena. A pesar de las amenazas contra su vida, incluso cuando fueron obligados a ponerse de pie con sogas alrededor de sus cuellos,

los rehenes terminaron protegiendo al raptor para evitar que fueran atacados por la policía de Estocolmo.[2] Durante su cautiverio, una de las rehenes afirmó: «No me asusta Clark ni su compañero; me asusta la policía». Y tras su liberación, Kristin Enmark, otra de las rehenes, declaró: «Confío plenamente en él, viajaría por todo el mundo con él».[3] El psiquiatra Nils Bejerot, asesor de la policía sueca durante el asalto acuñó el término de *Síndrome de Estocolmo* para referirse a la reacción de los rehenes ante su cautiverio.[3]

Un año después, en febrero de 1974, Patricia Hearst, nieta del magnate William Randolph Hearst, fue secuestrada por el ejército Simbionés de Liberación. Dos meses después de su liberación, ella se unió a sus captores, ayudándolos a realizar el asalto a un banco. Este caso le dio popularidad al término de "Síndrome de Estocolmo", al intentar ser usado por su defensa durante el juicio, pero no fue aceptado por el tribunal y Hearst fue condenada por el atraco.[3]

En su novela *La punyalada*, publicada como obra póstuma en 1904, el escritor español Marià Vayreda describió este estado psicológico.[*cita requerida*]

Situaciones

De acuerdo con el psiquiatra y catedrático de Medicina social Nils Bejerot, asesor de la policía sueca durante el secuestro, el síndrome de Estocolmo es más común en personas que han sido víctimas de algún tipo de abuso, tal es el caso de:

Rehenes.

Personas agredidas en un entorno familiar.

Miembros de una secta.

Niños con abuso psicológico.

Víctimas de incesto.

Prisioneros de guerra.

Prisioneros de campos de concentración.

Abusos de pareja.