



*Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística*  
Año 9, vol. 18, Enero-Julio 2022  
ISSN: 2007-2023  
[www.acspyc.es.tl](http://www.acspyc.es.tl)

**Análisis del conocimiento de las fuerzas y cuerpos de seguridad en España del  
síndrome del delirio agitado. Propuesta de directrices para protocolos**  
**Analysis of the knowledge of law enforcement in Spain of excited delirium syndrome.  
Proposal of guidelines for protocols**

Fecha de recepción: 22/04/2021.

Fecha de aceptación: 12/06/2021.

**Lic. David Martín Ayuso**  
Universidad Europea de Madrid  
[investigacion.sda@gmail.com](mailto:investigacion.sda@gmail.com)  
España

**Resumen**

El presente artículo tiene como objetivo analizar el conocimiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en España sobre el síndrome del delirio agitado y las muertes en privación de libertad de los sujetos que lo padecen. Se ha demostrado que los protocolos policiales no abordan este fenómeno de forma adecuada, y por ello, los agentes desconocen cómo afrontar estas situaciones. Se ha utilizado una metodología mixta: una encuesta con muestra n=1291 y una revisión de protocolos policiales. Los resultados obtenidos muestran que 717 (55,5 %) de los encuestados desconocen el síndrome del delirio agitado. Solo 274 (21,2 %) conoce la existencia de protocolos de contención de personas violentas o agitadas de su Cuerpo. Los protocolos analizados son los de Policía Nacional, Guardia Civil, Ertzaintza, Policía Foral de Navarra y Mossos d'Esquadra-Guardia Urbana de Barcelona. Se realiza propuesta de directrices para los protocolos policiales.

**Abstract**

This article aims to analyze the knowledge of the Law Enforcement in Spain about the excited delirium syndrome and the deaths in custody of subjects who suffer it. It has been demonstrated that police protocols do not adequately address this phenomenon, and therefore, officers are unaware of how to deal with these situations. A mixed methodology was used: a survey with sample n = 1291 and a review of police protocols. The results obtained show that 717 (55.5%) of the respondents are unaware of the excited delirium syndrome. Only 274 (21.2%) know of the existence of protocols for the restraint of violent or agitated people in their Agencies. The protocols analyzed are those of the Policía Nacional, Guardia Civil, Ertzaintza, Policía Foral de Navarra and Mossos d'Esquadra-Guardia Urbana de Barcelona. Proposal of guidelines for police protocols is made.

**Palabras clave:** Agitado; Delirio; Policía; Protocolos; Síndrome.

**Keywords:** Delirium; Excited; Police; Protocols; Syndrome.

**Introducción**

El objetivo general de esta investigación es analizar el conocimiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en España (FFCCS) en casos de personas con síndrome del delirio agitado (SDA). Los objetivos específicos son: revisar los protocolos de actuación de las FFCCS, cuantificar el conocimiento de los agentes del fenómeno y divulgar en España, desde el



enfoque multidisciplinar de la Criminología, sobre el SDA. En caso de existir carencias en los protocolos revisados, se propondrán unas directrices para su mejora, creación e implantación.

El presente artículo aborda una entidad poco conocida en nuestro país, el SDA, con gran relevancia a nivel criminológico. En primer lugar, este síndrome es responsable de no pocas muertes en nuestro país. Según un estudio realizado por el Instituto de Medicina Legal de Málaga entre los años 2004 y 2012, de 41 muertes en privación de libertad (MPL) ocurridas en ese período el 12,2% tuvo como causa el SDA (Santos-Amaya, Martín-Cazorla, Ramos-Medina y Rubio-Lamía, 2013).

En segundo lugar, el desconocimiento por las FFCCS a nivel oficial, y de los agentes que las componen, ocasionan un enfoque de las intervenciones policiales con personas bajo el SDA no ajustado a evidencia científica, sino basado en técnicas de contención de personas estudiadas en las academias de formación, siendo éstas en ocasiones, contraproducentes para sujetos bajo el SDA. Muchas de estas situaciones terminan con la persona fallecida y los agentes investigados por homicidios imprudentes (Ruiz-Ortiz, Osuna-Carrillo del Albornoz y Rodríguez-Coque, 2016). Las consecuencias victimológicas del fenómeno son muy amplias y de difícil evaluación, ya que en España no se realiza registro alguno de MPL durante interacciones con la policía (Santos-Amaya et al., 2013). El único organismo que recaba esta información es Instituciones Penitenciarias (2017).

Las MPL comprenden desde el momento inicial de la restricción del derecho a la libertad durante la detención hasta el final del cumplimiento de las penas o medidas de seguridad en un centro penitenciario o sanitario, por lo que incluyen muertes naturales y violentas, independientemente de su etiología médico legal: suicida, accidental u homicida.

El SDA consiste en una constante agitación física y psicológica que puede llegar a causar la muerte. Se caracteriza por una gran tolerancia al dolor, fatiga, fuerza sobrehumana, hipertermia y una alta segregación de catecolaminas. Estas son definidas por el National Cancer Institute (n.d.) como: "Tipo de neurohormona (sustancia química elaborada por las células nerviosas y usada para enviar señales a otras células). Las catecolaminas son importantes para responder al estrés. Las concentraciones altas de esta sustancia pueden causar presión arterial alta, que a su vez puede causar dolores de cabeza, sudoración, latidos cardiacos fuertes, dolor en el pecho y ansiedad. La dopamina, la epinefrina (adrenalina) y la norepinefrina (noradrenalina) son ejemplos de catecolaminas."

El síndrome fue descubierto por el Dr. Bell (1849) y se denominó Manía de Bell. En sus inicios, los pacientes fallecían en instituciones psiquiátricas por un fallo cardiorrespiratorio en



días o semanas, debido al agotamiento extremo por la constante agitación. No obstante, la introducción del uso de la farmacología a mediados del siglo pasado por la psiquiatría, disminuyó significativamente la mortalidad de estos pacientes, desapareciendo casi por completo este síndrome (Martín-Cazorla, Santos-Amaya y Rubio-Lamia, 2009).

En los años 80, la irrupción de la cocaína en Norteamérica hizo reaparecer el SDA, pero los síntomas se mostraban de forma aguda. Los pacientes presentaban un cuadro de agitación extrema, originando problemas de orden público. Cuando los miembros de los departamentos de policía o sanitarios acudían al lugar de los hechos e intentaban contener a los sujetos, éstos fallecían de forma fulminante por un fallo cardiorrespiratorio (Martín-Cazorla, Santos-Amaya y Rubio-Lamia, 2009). Se atribuye como causa del SDA el daño producido en los transportadores de dopamina del cerebro por el consumo prolongado de drogas, generando en el sujeto hipertermia y agitación constante (Takeuchi, Ahern y Henderson, 2011).

Hoy en día no existe consenso sobre la existencia del SDA. La Organización Mundial de la Salud no lo incluye en su Clasificación Internacional de Enfermedades, ni la *American Psychiatric Association* en su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Sin embargo, ha sido reconocido como entidad real en 2009 por el *American College of Emergency Physicians (ACEP)* y en 2017 por la *National Association of Medical Examiners*. La *Faculty of Forensic & Legal Medicine (2019)* de Reino Unido utiliza el *acute behavioural disturbance*, un término paraguas para alteraciones graves del comportamiento, que incluye y define el SDA como el trastorno más extremo y potencialmente mortal.

La ACEP (2009) ha establecido que el paciente de SDA en la actualidad es un hombre de 30 a 40 años, con psicopatologías y patologías cardíacas previas, además, es consumidor habitual de drogas y alcohol. En el momento de sufrir el estado de agitación se encuentra bajo la influencia de estas sustancias, especialmente cocaína.

Así mismo, la ACEP (2009) y el *National Institute of Justice (NIJ)* (2011), que depende del Departamento de Justicia de los Estados Unidos, han establecido los síntomas que presentan los sujetos con SDA. Se entiende que deben mostrarse al menos seis de síntomas reflejados en la tabla 1 simultáneamente.



**Tabla 1.** Síntomas del SDA.

Síntomas del SDA	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamiento extremadamente agresivo o violento.</li><li>• Respirar rápidamente.</li><li>• No responder a la presencia policial</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Demostrar agitación o actividad física constante.</li><li>• Tener un exceso de transpiración.</li><li>• Atracción por vidrios/cristales y tendencia a romperlos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ruidos inteligibles.</li><li>• Desnudez o parcialmente vestido</li><li>• Atracción por luces brillantes o sonidos fuertes.</li><li>• Hipertermia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No mostrar síntomas de dolor.</li><li>• Fuerza sobrehumana</li><li>• No mostrar cansancio a pesar de la actividad física intensa.</li></ul>

Una corriente de estudios que cuantifica las interacciones policía-ciudadano en Estados Unidos y Canadá, ha medido los encuentros con sujetos que tenían seis o más síntomas de SDA, al entender que con ese número sería un caso confirmado del síndrome y tienen mayor riesgo de muerte. Los datos varían en función del país donde se han realizado los estudios, pero todos coinciden en que, en momentos de estrés, los agentes son capaces de identificar los síntomas del SDA (Baldwin, Hall, Bennell, Blaskovits y Lawrence, 2016; Hall et al., 2013; Ross y Hazlett, 2018; Strote, Walsh, Auerbach, Burns y Maher, 2014).

En los casos de MPL durante las contenciones de sujetos con SDA, los médicos forenses tienen dificultades para identificar la causa, ya que los sujetos suelen presentar heridas externas de escasa entidad (Mitchell et al., 2017). Se ha señalado como posible causa del fallecimiento la patología cardíaca Takotsubo, que produce la muerte súbita por arritmia (Martín-Cazorla, Santos-Amaya, Ramos-Medina y Palomo-Rando, 2010; Otahbachi, Cevik, Bagdure y Nugent, 2010).

Las primeras MPL producidas de esta forma dieron lugar a procedimientos penales en Estados Unidos contra departamentos de policía. Por lo que se inició una serie de estudios que originaron el término *death in custody*, usado por primera vez tras la muerte de dos hombres durante su contención por policías (Reay y Eisele, 1982). En España se castellanizó el término como MPL por Palomo-Rando, Ramos-Medina y Santos-Amaya (2004).

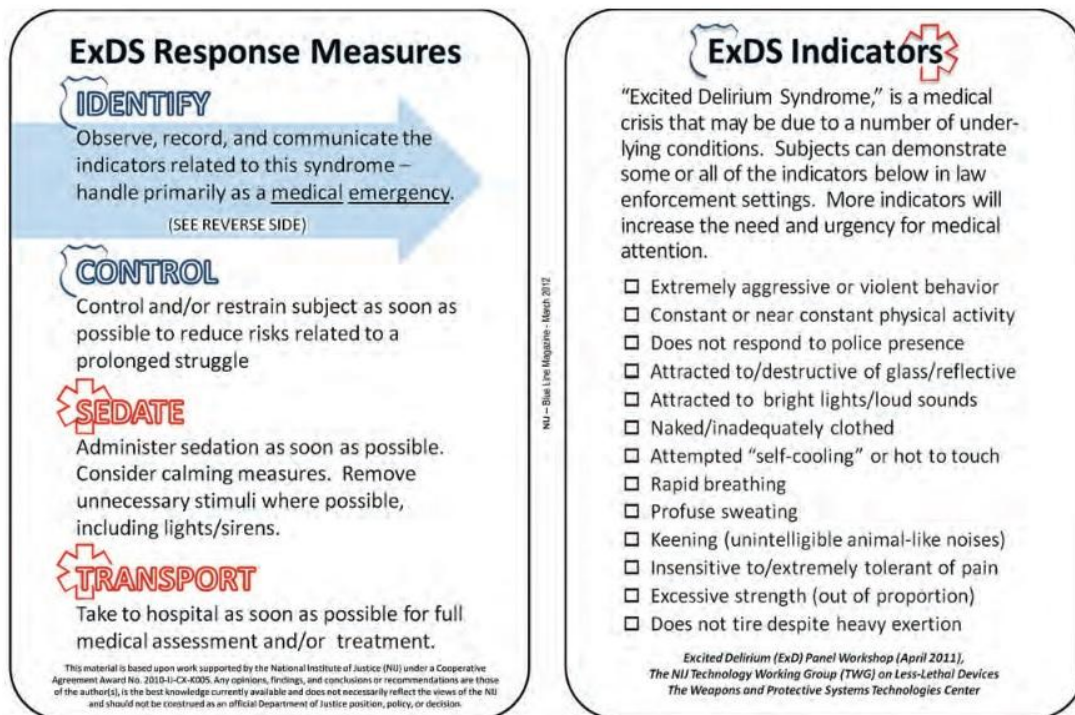
Esta primera línea de estudios determinaron que las causas de las MPL de sujetos con SDA era la asfixia posicional, producida por las técnicas usadas durante la contención. Especialmente se señaló como técnicas letales: las estrangulaciones, posición decúbito prono y *hogtied* (Reay, 1998; Reay y Eisele, 1982; Reay, Fligner, Stilwell y Arnold, 1992; Reay, Howard, Fligner y Ward, 1988). Esta última posición se denomina así por la similitud con la técnica usada para atar a los porcinos. Se posiciona al sujeto decúbito prono,



con las manos esposadas a la espalda, tobillos engrilletados y con las rodillas dobladas. Se juntan esposas y grilletes mediante una cinta de unión.

Estas publicaciones fueron muy criticadas por la falta de rigor en el análisis de las posiciones. Los departamentos forenses, policiales y la comunidad científica sometieron las técnicas a estudios exhaustivos. Algunos de estos nuevos experimentos llegaron a posicionar grandes pesos en la espalda de sujetos o medir su capacidad de recuperación tras importantes esfuerzos físicos en las posiciones objeto de estudio. Se concluyó que las posiciones decúbito prono, *hogtied* y estrangulaciones no comprometen la función circulatoria, cardíaca, ni producen asfixia posicional. Son posiciones que contribuyen a la generación de catecolaminas de los sujetos, produciendo la descarga hiperadrenérgica un fallo cardiorrespiratorio, especialmente en sujetos con SDA (Chan Neuman, Clausen, Eisele y Vilke, 2004; Chan, Vilke y Neuman, 1998; Chan, Vilke, Neuman y Clausen, 1997; Ho Dawes, Moore, Croon y Miner, 2011; Ho et al., 2010; Michalewicz et al., 2007; Savaser, et al., 2013).

Para evitar estas MPL, el NIJ (2011), estableció un protocolo de actuación y una tarjeta mnemotécnica para sanitarios y policías. Si se identifican los síntomas del SDA, se debe tratar la intervención como una emergencia sanitaria y no como una cuestión de orden público. Se debe contener al sujeto de forma rápida para minimizar riesgos de luchas prolongadas; reducir estímulos estresantes, como luces o sirenas; sedarle y trasladar de forma urgente a un centro sanitario:



**Figura 1:** Tarjeta propuesta por el NIJ para intervenciones con SDA (2011).

La *Faculty of Forensic & Legal Medicine* (2019), publica unas pautas de actuación para personal sanitario que, a pesar de seguir las mismas directrices propuestas por el NIJ, es más conservadora y recomienda traslado hospitalario inmediato con uno solo de los siguientes síntomas: hipertermia, actividad física constante o extrema agitación/agresividad.

Debido a la vinculación del uso de la fuerza (UF) policial en casos de MPL de sujetos con SDA, algunos estudios han comparado los elementos que usan los agentes con el objetivo de determinar cuáles reducen los tiempos de lucha y, con ello, la generación de catecolaminas. La conclusión de estos estudios es que la lucha cuerpo a cuerpo es el UF que más se prolonga en el tiempo, aumentando la segregación de estas hormonas. Por el contrario, los dispositivos eléctricos de control (DEC), debido a su rápido y alto poder de incapacitación, reducen notablemente el tiempo de lucha y la segregación de catecolaminas (Ho et al., 2010; Kroll, Hail, Kroll, Wetli y Criscione, 2018; Wilson y Vilke, 2013). Además, se ha demostrado que el uso de DEC disminuye las lesiones sufridas por las personas contenidas y los agentes (MacDonald, Kaminski y Smith, 2009; Smith, Kaminski, Rojek, Alpert y Mathis, 2007). Los DEC son armas de baja letalidad que controlan a una persona por incapacitación eléctrica. Lo hacen mediante el disparo de dardos o modo “stun”, es decir, por contacto directo con la persona. Con estas armas se produce una metonimia y se denomina erróneamente a todos los DEC como Taser®.





## Metodología

Se ha empleado una metodología mixta mediante una encuesta y una revisión de protocolos policiales.

### Encuesta

Para el diseño de la encuesta se tuvo en cuenta los datos obtenidos en la revisión de bibliografía realizada para la introducción del presente artículo. La encuesta se estructuró en tres partes: datos sobre el profesional (cuerpo de pertenencia, antigüedad en el cargo, localización geográfica), experiencia laboral en el tema investigado y formación profesional sobre conocimientos del SDA. La población de la encuesta han sido miembros de las FFCCS, siendo realizada de forma anónima mediante un cuestionario de preguntas cerradas.

Los participantes fueron informados de forma expresa mediante la aceptación de un consentimiento informado en el encabezamiento del formulario digital de los fines de la investigación y su posterior difusión. La encuesta, formalizada en un documento Google Forms, se ha realizado entre abril y diciembre de 2019 mediante muestreo no probabilístico en bola de nieve. La difusión ha sido vía grupos de WhatsApp pertenecientes a formadores de operativa policial de las diferentes FFCCS. Se ha elegido este formato debido a la dispersión geográfica y poca permeabilidad del colectivo, reacio a facilitar datos de filiación en estudios. Este método, en conjunción con el uso de nuevas tecnologías, permite alcanzar poblaciones de difícil acceso utilizando los vínculos sociales de los propios individuos (Baltar y Brunet, 2012; Faugier y Sargeant, 1997). La muestra ha sido  $n=1291$ . Los resultados obtenidos se han analizado con IBM SPSS Statistics 25. Se ha cotejado las variables mediante tablas cruzadas, utilizando Chi-cuadrado para medir la relación estadística.

### Protocolos policiales

Salvo el caso de Mossos d'Esquadra/Guardia Urbana de Barcelona, cuyo protocolo es público, el resto son fuentes de información inéditas, debido a su distribución por canales con un acceso de usuarios limitado (Brocos-Fernández, 2009). Como miembro de las FFCCS, en su condición de formador, el autor de este artículo tiene acceso a los protocolos policiales.

La revisión de los protocolos ha permitido la obtención de las inferencias cualitativas. Para ello, se han utilizado como datos de referencia las evidencias científicas reseñadas en la introducción y las directrices para departamentos de policía emitidas por el NIJ, observando qué FFCCS en España se han basado en ellos para la elaboración de sus protocolos de intervención.



Se han revisado los protocolos de los cuerpos policiales estatales y autonómicos existentes en relación con el SDA, o aquellos que, utilizando otra nomenclatura, se refieran a la misma entidad. En caso de no existir, se han utilizado los de contención de personas con trastornos del comportamiento, violentas, agitadas o con trastornos psiquiátricos. Se han revisado cinco protocolos: Policía Nacional, Guardia Civil, Ertzaintza, Policía Foral de Navarra y Mossos d'Esquadra/Guardia Urbana de Barcelona. Las policías locales a las que se ha tenido acceso carecen de regulación en las citadas cuestiones. Se ha evaluado positivamente que los documentos analizados incluyan las cuestiones reseñadas en la tabla 2.

**Tabla 2.** Ítems valorados en la revisión de protocolos policiales.

Ítems valorados en la revisión de protocolos policiales.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo específico del SDA o sea tratado en un epígrafe de manera expresa.</li> <li>• En caso de carecer del punto anterior, que trate alteraciones del comportamiento.</li> <li>• Cite los síntomas del SDA.</li> <li>• Proponga intervención conjunta de miembros de las FFCCS y sanitarios.</li> <li>• Recomiende acudir al lugar del incidente sin señales acústicas/sirenas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponga una contención verbal del sujeto, y en caso de no ser efectiva, un uso progresivo de la fuerza.</li> <li>• Recomiende contención por las extremidades del sujeto.</li> <li>• Desaconseje posiciones que sean potenciadoras de estrés.</li> <li>• La extensión del protocolo o del epígrafe.</li> </ul>

## Resultados

### Encuesta

En la tabla 3 se observa la distribución de la muestra n=1291 por Cuerpo.

**Tabla 3.** Distribución de la muestra por Cuerpos de pertenencia de los agentes.

Muestra n=1291 distribuida por Cuerpos	
Policía Local/Municipal	580
Policía Nacional	406
Guardia Civil	205
Policía Autonómica	100

Se puede afirmar que la población encuestada tiene un alto nivel de experiencia profesional en base a la antigüedad en el cargo y los altos porcentajes de UF utilizados: la media (16,95) y la moda (15) de años de antigüedad; el 95,8% (1237) ha utilizado la fuerza física para contener a una persona; el 74,6% (963) ha utilizado un arma de baja letalidad en una contención física; el 79,8% (1029) ha participado en contenciones donde el sujeto resultó lesionado.





Se ha analizado la relación estadística entre los Cuerpos de pertenencia y preguntas relativas al conocimiento de la muestra sobre cuestiones relacionadas con el SDA. Para verificar la relación de las variables contrastadas se ha usado la prueba de Chi-cuadrado. Como muestra la tabla 4, partiendo del nivel de significación estándar del 0,05, se rechaza la hipótesis nula y hay evidencia empírica suficiente para establecer que entre las variables existe relación estadísticamente significativa en las preguntas 1, 2 y 3. Por el contrario, no existe dicha relación en las preguntas 4 y 5.

**Tabla 4.** Relación p valor para las preguntas de la encuesta.

Pregunta	p valor
¿Conoces el término "síndrome del delirio agitado?"	,032
¿Has estado presente en alguna intervención donde la persona presentase seis o más de los síntomas de SDA?	,009
¿Sabes si tu Cuerpo tiene algún protocolo para la detención/contención de personas extremadamente violentas o agitadas?	,000
¿Habías escuchado los términos "muerte en privación de libertad", "muerte bajo custodia" o "muerte en custodia"?	,143
¿Tienes formación específica para la contención de personas agitadas?	,345

Existe un amplio conocimiento del concepto de MPL (80,3%) en todas las FFCCS, como muestra la tabla 5. Se observa en la tabla 6 como el SDA es desconocido por el 55,5% del total los encuestados, destacando el caso de la Guardia Civil que llega a un 63,4%. Sin embargo, el 61,7% de la muestra manifiesta haber presenciado seis o más síntomas del SDA (tabla 7).

**Tabla 5.** ¿Habías escuchado los términos "muerte en privación de libertad", "muerte bajo custodia" o "muerte en custodia"?

		Policía Nacional	Guardia Civil	Policía Autonómica	Policía Local/Municipal	Total
Sí	Recuento	324	171	87	455	1037
	% de suma total	79,8%	83,4%	87%	78,4%	80,3%
No	Recuento	82	34	13	125	254
	% de suma total	20,2%	16,6%	13%	21,6%	19,7%
Chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica			1291
	5,420 <sup>a</sup>	3	,143			100%



**Tabla 6.** ¿Conoces el término "síndrome del delirio agitado"?

		Policía Nacional	Guardia Civil	Policía Autonómica	Policía Local/Municipal	Total
Sí	Recuento	181	75	40	278	574
	% de suma total	44,6%	36,6%	40%	47,9%	44,5%
No	Recuento	225	130	60	302	717
	% de suma total	55,4%	63,4%	60%	52%	55,5%
Chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica			1291
	8,786 <sup>a</sup>	3	,032			100%

**Tabla 7.** ¿Has estado presente en alguna intervención donde la persona presentase 6 o más de los síntomas de SDA?

		Policía Nacional	Guardia Civil	Policía Autonómica	Policía Local/Municipal	Total
Sí	Recuento	244	108	70	363	785
	% de suma total	61%	52,9%	71,4%	63,6%	61,7%
No	Recuento	156	96	28	208	488
	% de suma total	39%	47,1%	28,6%	36,4%	38,3%
Chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica			1273
	11,473 <sup>a</sup>	3	,009			100%

En relación a los protocolos, la tabla 8 muestra como el 44,2% (570) tiene certeza de su inexistencia y un 34,6% lo desconoce (447). Solo el 21,2% (274) conoce la existencia de los mismos. Cabe destacar que en el caso de las Policías Autonómicas este porcentaje aumenta al 65%.

Un 74,2% (957) manifiesta carecer de formación específica para contener a personas agitadas. En el caso de Policías Autonómicas el porcentaje disminuye al 67%, como se observa en la tabla 9.

**Tabla 8.** ¿Sabes si tu Cuerpo tiene algún protocolo para la detención/contención de personas extremadamente violentas o agitadas?

		Policía Nacional	Guardia Civil	Policía Autonómica	Policía Local/Municipal	Total
Sí	Recuento	109	40	65	60	274
	% de suma total	26,8%	19,5%	65%	10,3%	21,2%
No	Recuento	104	56	11	399	570
	% de suma total	25,6%	27,3%	11%	68,8%	44,2%
Lo desconozco	Recuento	193	109	24	121	447
	% de suma total	47,5%	53,2%	24%	20,9%	34,6
Chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica			1291
	353,281 <sup>a</sup>	6	,000			100%

**Tabla 9.** ¿Tienes formación específica para la contención de personas agitadas?

		Policía Nacional	Guardia Civil	Policía Autonómica	Policía Local/Municipal	Total
Sí	Recuento	99	50	33	150	332
	% de suma total	24,4%	24,5%	33%	25,9%	25,8%
No	Recuento	307	154	67	429	957
	% de suma total	75,6%	75,5%	67%	74,1%	74,2%
Chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica			1289
	3,316 <sup>a</sup>	3	,345			100%

### Protocolos policiales

Los documentos a los que se ha tenido acceso presentan diferencias significativas en la forma de abordar la entidad objeto de estudio. La Guardia Civil carece de protocolo para personas con SDA o con alteraciones del comportamiento; Ertzaintza y Policía Foral de Navarra tienen protocolos para personas con alteraciones que pueden aplicarse al SDA; Policía Nacional, usando otra nomenclatura, trata estas situaciones de forma escueta, desactualizada e incluso errónea en alguna técnica de contención sugerida; Mossos d'Esquadra y Guardia Urbana de Barcelona han creado junto al Servicio Catalán de Salud un documento de gran extensión que, basado en evidencia científica, trata de forma acertada el



SDA, la contención de los sujetos y su tratamiento conjunto con servicios sanitarios. En la tabla 10 se realiza una comparativa entre los protocolos.

**Tabla 10.** Comparación de protocolos policiales con relación al SDA.

	Policía Nacional	Guardia Civil	Ertzaintza	Policía Foral de Navarra	Mossos d'Esquadra Guardia Urbana Barcelona
Tiene protocolo específico para SDA	Sí.	No.	No.	No.	Sí.
Nombre del protocolo o epígrafe	Protocolo de reducción de personas violentas bajo la influencia del alcohol y o las drogas el delirio provocado (2010).	Manual de intervención operativa (2018).	Protocolo de contención de personas agresivas o violentas (n.d.).	Intervenciones policiales por requerimientos con pacientes psiquiátricos (2013).	Protocol conjunt d'actuació en el pacient agitat (2018).
Cita SDA y sus síntomas	Utiliza "delirio provocado". Cita solo 7 síntomas.	No	No	No	Sí.
Intervención conjunta con sanitarios	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Recomienda evitar sirenas	No	No	Sí	No	Sí
Contención verbal y uso progresivo de la fuerza	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Recomienda contención de extremidades	Sí	No	Sí	Sí, preferiblemente por 4 agentes.	Sí. Establece directrices para la contención en relación al número de agentes actuantes.
Evita posiciones potenciadoras del estrés	Propone <i>hogtied</i> al inicio de la contención. Recomendación posicionar rápidamente decúbito supino o sentado.	No. Propone alguna contención similar a <i>hogtied</i> .	Sí. Propone minimizar o evitar decúbito prono.	No	Sí, prohíbe expresamente <i>hogtied</i> . Evitar decúbito prono, compresión torácica, estrangulaciones y golpes.
Extensión del protocolo o epígrafe que trate SDA	El epígrafe SDA tiene 398 palabras.	No trata el SDA o alteraciones de comportamiento.	El documento tiene 594 palabras.	11 páginas. Contiene 1659 palabras.	34 páginas. Contiene 7907 palabras.



## Discusión

En base a los datos obtenidos en la encuesta, se obtienen las siguientes inferencias:

Los agentes de las FFCCS tienen una alta probabilidad de intervenir con personas violentas/agitadas, llegando en esas interacciones a realizar un UF para la contención, siendo necesario en ocasiones escalar la fuerza hasta armas de baja letalidad (bastón, espray, DEC u otros que sus Cuerpos les dote). La formación para este tipo de intervenciones es muy escasa, y desconocen o se carece de protocolos de intervención. El SDA es desconocido por la mayoría de los agentes, pero un porcentaje alto ha intervenido con sujetos que lo padecían, es decir, mostraban seis o más síntomas.

Teniendo en cuenta, por un lado, que los resultados de la encuesta arrojan una alta probabilidad de interacciones con sujetos violentos y escasez de formación, y por otro lado, la falta de evidencia científica en los protocolos revisados, en caso de intervenir con un sujeto con SDA, los miembros de las FFCCS podrían no detectar esta entidad y afrontar la situación sin el enfoque apropiado.

La mayoría de protocolos policiales revisados no abordan el SDA desde una perspectiva adecuada. Ya sea por el desconocimiento de este fenómeno y sus letales consecuencias, o por no haber sido actualizados con las nuevas evidencias científicas.

Los cuerpos de Ertzaintza y Policía Foral de Navarra, tienen protocolos conjuntos con sanitarios para situaciones con personas agitadas, pero no mencionan el SDA. No profundizan en las posiciones de contención del sujeto. Ertzaintza posee DEC de dotación, pero no regula su uso en el protocolo.

La Guardia Civil, referente nacional con su proyecto "Patio" de formación continua a sus agentes, carece de un protocolo básico de actuación en incidentes con pacientes psiquiátricos. Cabe destacar que la primera sentencia condenatoria por homicidio imprudente en España que cita el SDA fue dictada el 11 de diciembre por el Tribunal Supremo (891/2008) por el denominado caso Roquetas, ocurrido en 2005. Condenó a un miembro de este Cuerpo por un delito de homicidio imprudente y se abonó en concepto de responsabilidad civil subsidiaria 85.000 €. Cabría haber esperado la creación de un protocolo para prevenir futuros incidentes.

Policía Nacional sí tuvo un aproximamiento al SDA en su protocolo, pero no ha sido actualizado. Propone una contención en *hogtied*, posición que ha quedado demostrado científicamente que, si bien no compromete la función respiratoria del sujeto, sí genera un



estrés adicional que se debe evitar en estas actuaciones para minimizar la descarga hiperadrenérgica.

El único protocolo que ha tenido la evidencia científica en cuenta y se encuentra actualizado es el realizado conjuntamente en Cataluña. No obstante, el protocolo debería evaluar la implementación en el UF de los agentes el DEC, ya que a fecha de hoy disponen de estos dispositivos de dotación.

Estas diferencias en los protocolos tienen implicaciones de gran relevancia para el tema estudiado, ya que si los agentes no saben detectar los síntomas del SDA podría ocurrir que traten la intervención como una cuestión de orden público y no como una emergencia médica. Por lo que se demora la asistencia sanitaria al sujeto, se aplican técnicas de contención que elevan los niveles de estrés y podría acelerarse el proceso que desencadena una MPL.

### **Conclusiones**

Las metainferencias permiten observar que el SDA es aún una entidad poco conocida en el ámbito policial, tanto a nivel de Cuerpos, como por los agentes. Esto puede desencadenar en MPL por los siguientes factores: no detectar sus síntomas de forma precoz; no requerir apoyo sanitario; aplicar al sujeto técnicas de contención que la evidencia científica ha demostrado su peligro por generar altos niveles de estrés; no facilitar tratamiento farmacológico de forma inmediata. Estos casos tienen graves consecuencias victimológicas: para el fallecido, para los agentes investigados y para las FFCCS (deterioro de la imagen pública y responsabilidades civiles subsidiarias).

### **Recomendaciones**

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se proponen unas directrices para la modificación de protocolos o creación de los mismos. El objetivo es evitar estas MPL, así como procesos penales contra los miembros de las FFCCS.

#### **Recomendaciones formativas**

Formación en detección de síntomas y actuación de pacientes con SDA. Equipar los vehículos policiales con botiquines y desfibriladores tipo DEA o DESA, formando a las FFCCS en su manejo. Formación continuada de los agentes en técnicas de contención de personas violentas integrando los usos de la fuerza de dotación.





### **Recomendaciones para centros coordinadores de emergencias**

Detección del operador del centro coordinador (112, 091, 092, 061) de los síntomas del SDA durante la recepción de la llamada. Activación conjunta por el centro coordinador de FFCCS y servicios médicos.

### **Recomendaciones para agentes que acuden al lugar**

- Acudir al aviso sin sirenas.
- Personados en el incidente, intentar, en primer lugar, la contención verbal.
- Acompañar al paciente sin contención física hasta la llegada de los sanitarios.
- En caso de necesitar contención física:
  - un agente/sanitario debe ejercer la función de supervisión del paciente,
  - no aplicar o minimizar en la medida de lo posible la presión torácica,
  - contener por las extremidades,
  - evitar o minimizar golpes e impactos,
  - evitar o minimizar la posición decúbito prono,
  - en cuanto sea posible posicionar decúbito supino, lateral o sentado,
  - no usar *hogtied* o estrangulaciones.

Aquellas FFCCS que dispongan de DEC de dotación evaluarán la integración del mismo en estas directrices en función de cuestiones como la peligrosidad, corpulencia, casos COVID-19 o presencia de fluidos corporales de forma masiva en el paciente. Concretamente, el uso del DEC consistiría en: realizar un disparo y, acabada la descarga eléctrica, los agentes contendrían a la persona, reduciendo forcejeos físicos prolongados, la compresión torácica y la lesividad de todos los implicados.

### **Recomendaciones para sanitarios extra hospitalarios**

Evaluación por equipo sanitario que determinará las medidas farmacológicas a tomar y la necesidad de traslado a centro sanitario.

### **Recomendaciones para futuros protocolos policiales**

Para la elaboración de estos protocolos se propone que se coordinen las FFCCS con los servicios sanitarios a nivel extra hospitalario y hospitalario, Institutos de Medicina Legal y el Decanato del Partido Judicial dentro del territorio de sus competencias. Así, cada organismo podrá aportar aquellas cuestiones que sean relevantes para sus funciones y elaborar un documento consensuado, coordinado y multidisciplinar basado en evidencia científica.



Para la implementación de estos protocolos se proponen los siguientes ámbitos de difusión en las FFCCS:

- En las academias formativas de las diferentes FFCCS: a nivel de nuevo ingreso, ascensos, cursos de especialización y reciclaje.
- Campañas divulgativas: internamente, gestionadas por el órgano competente de cada FFCCS. A nivel externo mediante sus organizaciones sindicales o asociaciones en el caso de la Guardia Civil.
- Por último, se propone crear un registro nacional de MPL cuantitativo y cualitativo, especialmente a nivel policial, ya que como se citó, Instituciones Penitenciarias es el único organismo que recaba esta información. De esta forma, se podría conocer la casuística existente y comprobar la incidencia que tiene el SDA a nivel nacional, evaluando la efectividad de los protocolos y modificándolos en caso necesario.

### Lista de referencias

- Academia Vasca de Policía y Emergencias. (n.d.). Contención de personas agresivas o violentas.
- Baldwin, S., Hall, C., Bennell, C., Blaskovits, B., & Lawrence, C. (2016). Distinguishing features of Excited Delirium Syndrome in non-fatal use of force encounters. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 41, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.03.006>
- Baltar, F., & Brunet, I. (2012). Social research 2.0: Virtual snowball sampling method using Facebook. *Internet Research*, 22(1), 57–74. <https://doi.org/10.1108/10662241211199960>
- Bell, L. (1849). On a form of disease resembling some advanced stages of mania and fever. *Am J Insanity*, 6(2), 97–127.
- Brocos-Fernández, J. M. (2009). Fuentes de información y bases de datos para investigación en ciencia y tecnología. Estudio, análisis y búsqueda. *Teoría de La Educación. Educación y Cultura En La Sociedad de La Información*, 10(2), 202–234. <https://doi.org/10.14201/eks.7514>
- Chan, T. C., Neuman, T., Clausen, J., Eisele, J., & Vilke, G. M. (2004). Weight force during prone restraint and respiratory function. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 25(3), 185–189. <https://doi.org/10.1097/01.paf.0000136639.69128.bc>
- Chan, T. C., Vilke, G. M., & Neuman, T. (1998). Reexamination of custody restraint position and



- positional asphyxia. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 19(3), 201–205. <https://doi.org/10.1097/00000433-199809000-00001>
- Chan, T. C., Vilke, G. M., Neuman, T., & Clausen, J. (1997). Restraint Position and Positional Asphyxia. *Annals of Emergency Medicine*, 30(5), 578–586.
- Cuerpo Nacional de Policía. (2010). Manual Básico de Procedimientos de Defensa Personal Policial.
- DeBard, M. L., Adler, J., Chan, T., Bozeman, W. P., Coffman, S. R., & Costello, M. W. (2009). White Paper Report on Excited Delirium Syndrome Assistant Clinical Professor of Emergency Medicine. *American College of Emergency Physicians*, 21(08).
- Faculty of Forensic & Legal Medicine. (2019). Acute behavioural disturbance ( ABD ): guidelines on management in police custody.
- Faugier, J., & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 790–797. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00371.x>
- Guardia Civil: Centro de adiestramientos especiales. (2018). Manual de intervención operativa.
- Hall, C., Kader, A. S., Danielle McHale, A. M., Stewart, L., Fick, G. H., & Vilke, G. M. (2013). Frequency of signs of excited delirium syndrome in subjects undergoing police use of force: Descriptive evaluation of a prospective, consecutive cohort. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(2), 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2012.05.008>
- Ho, J. D., Dawes, D. M., Moore, J., Caroon, L., & Miner, J. R. (2011). Effect of position and weight force on inferior vena cava diameter: Implications por arrest-related death. *Forensic Science International*, 212, 256–259.
- Ho, J. D., Dawes, D. M., Nelson, R. S., Lundin, E. J., Ryan, F. J., Overton, K. G., ... Miner, J. R. (2010). Acidosis and Catecholamine Evaluation Following Simulated Law Enforcement “Use of Force” Encounters. *Society for Academic Emergency Medicine*, 17(7), 60–68. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00813.x>
- Kroll, M. W., Hail, S. L., Kroll, R. M., Wetli, C. V., & Criscione, J. C. (2018). Electrical weapons and excited delirium: shocks, stress, and serum serotonin. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 14(4), 478–483. <https://doi.org/10.1007/s12024-018-0005-8>
- MacDonald, J. M., Kaminski, R. J., & Smith, M. R. (2009). The effect of less-lethal weapons on injuries in police use-of-force events. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2268–2274. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159616>
- Martín-Cazorla, F., Santos-Amaya, I., Ramos-Medina, V., Rubio-Lamía, L. O., & Palomo-Rando, J.



- L. (2010). Muerte por síndrome de delirium agitado en Andalucía. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(2), 62–67. <https://doi.org/10.2307/1136743>
- Martín-Cazorla, F., Santos-Amaya, I., & Rubio-Lamia, L. (2009). Historia del síndrome de delirium agitado. *Revista de La Escuela de Medicina Legal*, (11), 11–21.
- Michalewicz, B. A., Chan, T. C., Vilke, G. M., Levy, S. S., Neuman, T. S., & Kolkhorst, F. W. (2007). Ventilatory and metabolic demands during aggressive physical restraint in healthy adults. *Journal of Forensic Sciences*, 52(1), 171–175. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2006.00296.x>
- Mitchell, R. A., Diaz, F., Goldfogel, G. A., Fajardo, M., Fiore, S. E., Henson, T. V., ... Wolf, D. A. (2017). Position Paper: Recommendations for the Definition, Investigation, Postmortem Examination, and Reporting of Deaths in Custody. National Association of Medical Examiners. *National Association of Medical Examiners*. <https://doi.org/10.23907/2017.051>
- National Cancer Institute. (n.d.). Definición de catecolamina.
- National Institute Justice: Weapons & Protective Systems Technologies Center. (2011). Special Panel Review of Excited Delirium.
- Otahbachi, M., Cevik, C., Bagdure, S., & Nugent, K. (2010). Excited delirium, restraints, and unexpected death: A review of pathogenesis. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 31(2), 107–112. <https://doi.org/10.1097/PAF.0b013e3181d76cdd>
- Palomo-Rando, J. L., Ramos-Medina, V., & Santos-Amaya, I. M. (2004). Muerte en privación de libertad (MPL). *Cuadernos de Medicina Forense*, 35, 37–50. <https://doi.org/10.4321/s1135-76062004000100004>
- Policía Foral de Navarra. (2013). Intervenciones policiales por requerimientos con pacientes psiquiátricos.
- Reay, D. (1998). Death in Custody. *Clinics in Laboratory Medicine*, 18(1), 1–22.
- Reay, D., & Eisele, J. (1982). Death from law enforcement neck holds. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 3(3), 253–258.
- Reay, D., Fligner, C., Stilwell, A., & Arnold, J. (1992). Positional asphyxia during law enforcement transport. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 13(2), 90–97.
- Reay, D., Howard, J., Fligner, C., & Ward, R. (1988). Effects of Positional Restraint on Oxygen Saturation and Heart Rate Following Exercise. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 9(1), 16–18.



- Ross, D. L., & Hazlett, M. H. (2018). Assessing the symptoms associated with excited delirium syndrome and the use of conducted energy weapons. *Foresic Research & Criminology International Journal*, 6(3), 187–196. <https://doi.org/10.15406/frcij.2018.06.00206>
- Ruiz-Ortiz, S., Osuna-Carrillo del Albornoz, E., & Rodríguez-Coque, J. . (2016). La intervención policial con sujetos confuso-agitados. El denominado “delirio agitado.” *Cuadernos De La Guardia Civil*, 52(8), 135–154.
- Santos-Amaya, I. M., Martín-Cazorla, F., Ramos-Medina, V., & Rubio-Lamía, L. O. (2013). Estudio y análisis médico-legal de las muertes en privación de libertad en Málaga (2004-2012). *Cuadernos de Medicina Forense*, 19(3–4), 102–109. <https://doi.org/10.4321/S1135-76062013000200006>
- Savaser, D. J., Campbell, C., Castillo, E. M., Vilke, G. M., Sloane, C., Neuman, T., ... Chan, T. C. (2013). The effect of the prone maximal restraint position with and without weight force on cardiac output and other hemodynamic measures. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(8), 991–995. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2013.08.006>
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2017). *Mortalidad en Instituciones penitenciarias*.
- Servicio Catalán de la Salud. (2018). Protocol conjunt d'actuació en el pacient agitat. Barcelona.
- Smith, M. R., Kaminski, R. J., Rojek, J., Alpert, G. P., & Mathis, J. (2007). The impact of conducted energy devices and other types of force and resistance on officer and suspect injuries. *Policing*, 30(3), 423–446. <https://doi.org/10.1108/13639510710778822>
- Strote, J., Walsh, M., Auerbach, D., Burns, T., & Maher, P. (2014). Medical conditions and restraint in patients experiencing excited delirium. *The American Journal of Emergency Medicine*, 32(9), 1093–1096. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.05.023>
- Takeuchi, A., Ahern, T., & Henderson, S. O. (2011). Excited Delirium. *Western Journal of Emergency Medicine*, XII(1), 77–83.
- Wilson, M. P., & Vilke, G. M. (2013). The patient with excited delirium in the emergency department. *Behavioral Emergencies for the Emergency Physician*, 125–131. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139088077.021>