

# LA INTERVENCIÓN POLICIAL CON SUJETOS CONFUSO-AGITADOS EL DENOMINADO “DELIRIO AGITADO”

SALVADOR RUIZ ORTIZ

DOCTOR EN CRIMINOLOGÍA. AGENTE DE LA POLICÍA LOCAL DE MURCIA.

EDUARDO OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ

CATEDRÁTICO DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA.  
PROFESOR DE MEDICINA LEGAL.

JUAN ANTONIO RODRÍGUEZ COQUE

LICENCIADO EN DERECHO. CABO 1º DE LA GUARDIA CIVIL. DOCENTE EN EL USO DE LA  
FUERZA EN LA ACADEMIA DE OFICIALES DE LA GUARDIA CIVIL.

## RESUMEN

Existe un fenómeno, no muy conocido, en el que coexisten circunstancias susceptibles de concluir en fallecimientos que aparentan ser “inexplicables” desde una perspectiva médico-legal. Se trata de supuestos en los que el sujeto exterioriza una conducta agitada y confusa, soliendo protagonizar alteraciones del orden público o de la seguridad ciudadana en los que han de intervenir las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, que concluyen con la necesidad de reducción e inmovilización del sujeto, debiendo de recurrir para ello al uso de la fuerza.

La mayor parte de los casos concluyen de manera satisfactoria, es decir, se logra el fin perseguido y su traslado al centro sanitario, donde recibe la adecuada asistencia. Sin embargo, en un porcentaje no determinado de ellos, culmina con la muerte del sujeto sin que existan hallazgos objetivos postmortem que determinen una etiología definida, por lo que se inscriben como muertes sujetas a autopsia judicial. En estos casos, puesto que ha existido una acción directa de uso de la fuerza o la detención por parte de los agentes policiales, la dinámica de su actuación se convierte en verdadero elemento decisorio de cara a su responsabilidad en un ulterior proceso judicial.

*Palabras clave:* Delirio agitado, muerte en custodia o privación de libertad, delirium, agitación, resistencia.

## ABSTRACT

There is a phenomenon, not well known, with the coexistence of circumstances likely to end in deaths that appear to be “inexplicable”, from a forensic perspective. These are cases where the subject externalizes an agitated and confused behavior, starring in events must intervene and the police must be subjected to physical reduction by the latter.

Most of the cases concluded successfully, that is, the purpose intended and moving to the clinic, where she receives appropriate care is achieved. However, in an undetermined percentage of them, culminating in the death of the subject without any

objective findings postmortem to determine a definite etiology, so register as deaths subject to judicial autopsy. In these cases, since there has been direct action of use of force by police officers, the dynamics of their performance becomes real decisive element face their responsibility in a subsequent trial.

**Keywords:** Excited delirium, death in custody, delirium, agitation, resistance.

## 1. INTRODUCCIÓN

La muerte de un ser humano en circunstancias violentas es siempre causa de preocupación social, mediática e incluso jurídica, máxime cuando la muerte ocurre en el transcurso de una intervención de los agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y/o en el proceso de su actuación profesional. En estos casos la dinámica operativa suele ser puesta en entredicho, resultando preciso un plus de justificación, tanto de las maniobras relativas a su actuación como a la determinación, lo más exacta posible, de la etiología del fallecimiento. Sin embargo, no siempre resulta sencillo, especialmente cuando la autopsia no despeja esta incógnita. Existen numerosas teorías al respecto, emanadas de distintas ramas del conocimiento, si bien hoy día no se ha aislado un mecanismo mortal suficientemente definido, por lo que resulta muy complejo conocer la causa de la muerte exclusivamente a través de la autopsia (Cazorla et al, 2011).

Este fenómeno no es tan extraño como pueda parecer, si bien la ausencia de registros dificulta el conocimiento de su incidencia real. No obstante, se ha constatado que el riesgo de mortalidad en pacientes que experimentan *Delirium* es alto (Perelló, 2010). En los últimos años se han difundido informaciones mediáticas sobre algunos de ellos, avaladas por informes forenses, las cuales corroboran su realidad existencial<sup>1</sup>.

1 “Muerte en el Cuartel de Roquetas”, “Un agricultor de Roquetas pierde la vida en estas dependencias tras presentar fuerte resistencia y ser reducido a la fuerza” (2007). Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2006/02/07/espana/1139311869.html>. “Un toxicómano muere en Elche tras ser detenido por la Policía de Santa Pola”, “opuso violencia a los agentes tras amenaza a varios viandantes con una jeringuilla, por lo que tuvo que ser reducido” (2006). Disponible en: <http://www.teleelx.es/n71632-bUn-toxicomano-muere-en-Elche-tras-ser-detenido-por-la-policia-de-Santa-Pola.html>. “Un vigilante muere tras ser reducido y esposado por cuatro compañeros en Atocha”, “protagonizó varios altercados con los transeúntes, la autopsia ha determinado que no presentaba señales externas de violencia, fracturas ni hematomas, por lo que se inclina a creer que falleció por un derrame cerebral” (2006). Disponible en: [http://elpais.com/diario/2006/05/08/madrid/1147087455\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2006/05/08/madrid/1147087455_850215.html). “Un joven muere tras ser detenido y forcejear con la Guardia Urbana”, “El fallecido fingió ser Guardia Civil y se encontraba bajo los efectos de las drogas” (2009). Disponible en: [http://elpais.com/diario/2009/04/19/catalunya/1240103246\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2009/04/19/catalunya/1240103246_850215.html). “Muere un hombre después de ser reducido y esposado por cuatro policías locales”, “La policía recibió la llamada de que en un camping un hombre se encontraba fuera de sí, los agentes intentaron dialogar con el fallecido pero, ante su conducta agresiva lograron reducirlo y esposarlo, el servicio de emergencias que realizó la reanimación sólo pudo certificar el fallecimiento “por causas que desconocemos” (2010). Disponible en: <http://www.laverdad.es/murcia/v/20100822/comarcas/muere-hombre-despues-reducido-20100822.html>. “La brutalidad de los Mossos ante un Jurado Popular”, “La Juez de Instrucción señala en un Auto que las maniobras de contención (...) pudieron participar en el resultado de la muerte” (2013). Disponible en: <http://www.abc.es/espana/20131217/abci-mossos-jurado-cataluna-201312162037.html>. “Muere un hombre tras ser detenido por los Mossos en Barcelona”, “La causa de la muerte que ha trascendido es la parada cardiorrespiratoria” (2014). Disponible en: <http://www.abc.es/catalunya/20140403/abci-fallece-detenido-mossos-201404030849.html>. “Muere en el Cuartel de la Guardia Civil de Archena tras enfrentarse a los agentes”, “Según la familia “estaba enfermo (...) discutieron y abofeteó a un guardia”, por lo que fue reducido”

El principal problema es el desconocimiento generalizado sobre este fenómeno, tanto a nivel de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad como de sanitarios e incluso médicos forenses (Amaya et al, 2013), a lo que hay que añadir su escasa investigación científica en España. En todos los casos se trata de situaciones en las que la Policía ha de reducir e inmovilizar a sujetos que exteriorizan una conducta agresiva, presentando conjuntamente aparente estado de extrema excitación e hiperactividad psicomotriz, por lo que resulta necesario determinar el papel que la situación de restricción de libertad ha tenido en estos episodios (Takeuchi et al, 2011).

Ante la ausencia de una explicación científica plausible, parece necesario realizar un análisis sistémico de estos sucesos, a fin de obtener una visión más global de su dinámica mortal, así como del establecimiento de pautas preventivas (Wangmo et al, 2014).

La primera dificultad que se plantea es su definición e identificación, pues las distintas investigaciones llevadas a cabo no terminan de aclararlo. De un lado, se han descrito multitud de síntomas y signos que convergen, conjunta o aisladamente, en los sujetos que fallecen; de otro, no existe una inscripción diagnóstica en los principales manuales psiquiátricos. La denominación más extendida es la de *Síndrome de Delirio Agitado* (EDS), si bien en la actualidad no ha obtenido reconocimiento como entidad clínica autónoma (Paquette, 2003; Vike et al, 2012). Con ella coexisten otras: *Muerte en privación de libertad* (Rando et al, 2004); *Death in Custody* (Grant et al, 2009), *Muerte Súbita en Varones Jóvenes tras Detención Policial* (Martínez, 2009) y *Unexpected Death* (Otabhachi, 2010; Johnson, 2012), entre otras.

Todas ellas intentan describir un fenómeno que es real, independientemente de su reconocimiento clínico<sup>2</sup> (American College of Emergency Physicians, 2009), pues representa una de las actuaciones más complejas a las que han de enfrentarse los miembros de las FCS, de la que derivan repercusiones jurídico-profesionales para los agentes intervinientes ante el fatal e imprevisible desenlace.

Históricamente se han desarrollado numerosas teorías, especialmente desde el ámbito de la medicina legal, pues se ha asociado a etiologías de carácter violento que en ocasiones culmina con un resultado mortal. En las últimas décadas ha trascendido a otros estadios científicos, como las urgencias médicas, el Derecho policial e incluso al ámbito judicial.

## 2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

El EDS fue descrito originariamente en el s. XIX como Manía de Bell (*Bell's Manía*), estando referido al conjunto de signos detectables en pacientes psiquiátricos que fallecían inexplicablemente (Bell, 1849). No es hasta finales del s. XX cuando este término queda acuñado, para describir la etiología del fallecimiento de sujetos que

---

(2014). Disponible en: <http://www.laverdad.es/murcia/comarcas/201410/23/metieron-para-dentro-pero-20141022231803.html>. "Muere un hombre en Sevilla tras ser reducido por la Policía", "Se encontraba descalzo y con los pies ensangrentados e intentó agredir a varios viandantes" (2014). Disponible en: <http://www.publico.es/actualidad/muere-hombre-sevilla-reducido-policia.html>.

2 El EDS ha sido reconocido como realidad por The American Medical Association, American Psychiatric Association, American Psychological Association, Center for the Disease Control and Prevention, International Association of Chief of Police, American National Liberties Union, entre otras instituciones.

exteriorizaban gran agitación tras haber transportado en el interior de su organismo drogas (principalmente cocaína), fracturándose los envoltorios que las contenían y provocando una intoxicación aguda que daba lugar a la aparición del “síndrome” en sujetos que habían de ser reducidos, produciéndose su muerte inmediatamente o en horas próximas a su inmovilización (Post & Kopanda, 1976). Más adelante, en la década de los 90’, la relación de causalidad se centraba en el consumo recreativo de la misma sustancia.

Una de las explicaciones más extendidas es la presencia de rabdomiólisis, derivada del consumo de tóxicos u otras causas (Ruttenber et al, 1999; Jauchem, 2010), pues la presencia de altos niveles de dopamina estaba más presente en sujetos fallecidos que presentaban agitación que en los que únicamente se apreció un estado delirante (Murphy et al, 2013).

Se ha relacionado también con una determinada forma de inmovilización, aquella en la que se coloca al sujeto en posición de *cúbito prono* y muñecas y tobillos esposados (*Hog-Tying* o *Hog-Tied*) (Pollanen et al, 1998).

Progresivamente, los avances en materia de investigación científica han demostrado que este fenómeno posee un origen múltiple de etiología diversa, explicando el fallecimiento como consecuencia de procesos neuroquímicos en sujetos consumidores de estimulantes y/o especialmente vulnerables (DiMaio, 2009; Musselman & Hampton, 2014). De ahí que se señale como causa de la muerte la arritmia cardíaca fatal, derivada de un estado hiperadrenérgico motivado por la extrema agitación y el consiguiente intenso forcejeo, cuya combinación provoca una disminución de las concentraciones séricas de potasio, tras el cese de la lucha, e incremento de las catecolaminas (Cazorla et al, 2010; Santos et al, 2013; Ho et al, 2013).

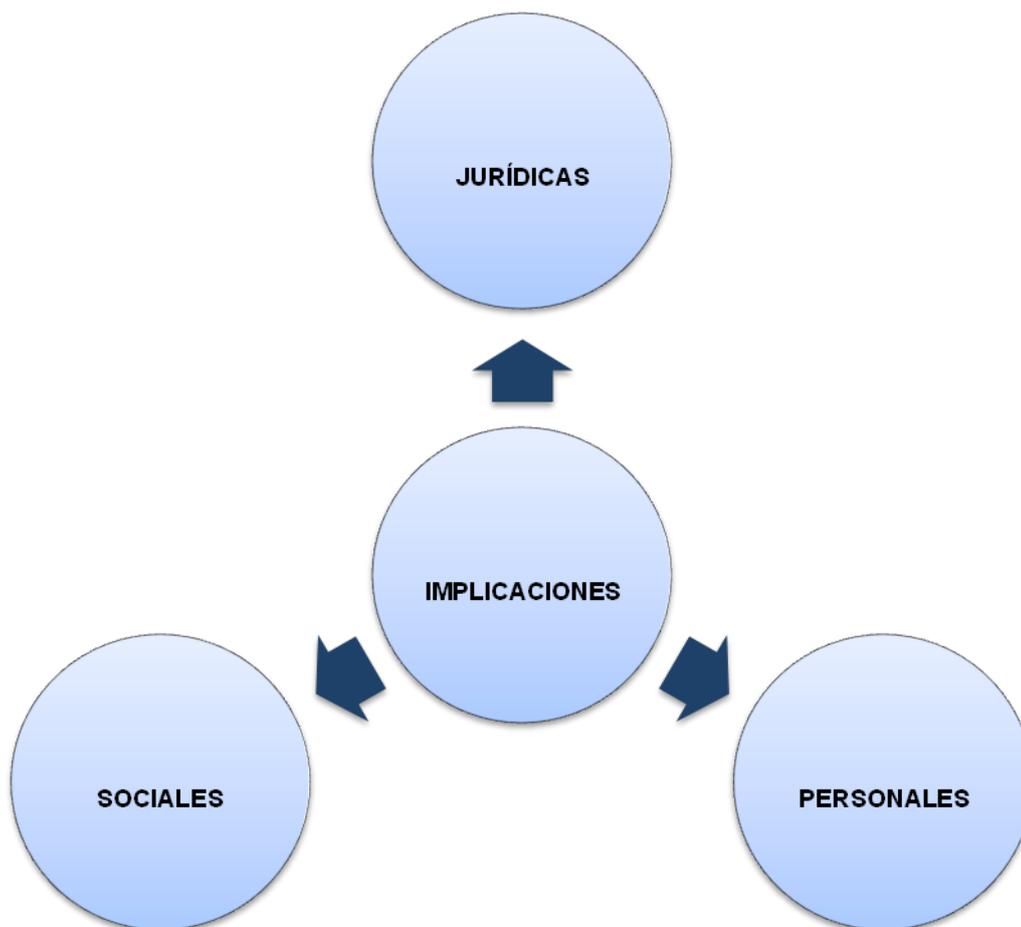
En la actualidad, se describe como un fenómeno en el que subyace un componente bioquímico resultante de la exposición a una situación de intenso estrés, unido a una especial susceptibilidad del sujeto para contrarrestarla, tratándose, en buena parte de los casos, de consumidores de sustancias estimulantes del sistema nervioso central (Yoshida et al, 2011). En este sentido, al igual que el *Delirium* genérico, se trata de un síndrome neuroconductual causado por la desregulación de la actividad neuronal secundaria a perturbaciones sistémicas (Maldonado, 2013). El *delirium* no es una enfermedad sino un síndrome de etiología multifactorial. Puede definirse como un cuadro clínico de instauración rápida y potencialmente reversible, cuya característica principal es la disminución del nivel de conciencia y atención, acompañado de una disfunción de las funciones cognoscitivas, pudiendo coexistir con variaciones emocionales como agresividad, manías, ansiedad... (Alonso et al, 2012).

Por ello, parece que el mejor modo de conocer su patogénesis es a través de investigaciones de carácter interdisciplinar, en las que se atiende a la totalidad de espectros intervinientes en este fenómeno. De este modo, una visión global permite emitir un juicio dinámico y explicativo, aislando los factores precipitantes, identificando los predisponentes y posibilitando el establecimiento de protocolos de actuación que minimicen sus efectos letales. Al mismo tiempo, resulta necesario poner de manifiesto su incidencia epidemiológica, las repercusiones que pueden derivarse de un abordaje inicial inadecuado y la necesidad de formación específica para quienes han de intervenir en primera instancia con estos sujetos.

## 2.1. CONTEXTUALIZACIÓN

La principal repercusión del problema objeto de estudio es la posibilidad de fallecimiento de los sujetos durante o tras haber sido sometidos a detención o inmovilización policial mediante el uso de la fuerza (Anais, 2014). Ante la ausencia de evidencias patoetiológicas objetivas que lo justifiquen, se plantea una incógnita sobre su origen que, en muchas ocasiones, concluye en imputación de los agentes y/o sanitarios que intervienen en los primeros momentos, si bien existen otras implicaciones:

Figura 1: IMPLICACIONES



Fuente: Elaboración propia.

La imputación judicial, en el inicio del proceso, suele estar referida a homicidio por imprudencia, por dolo eventual o incluso por imputación objetiva del resultado, derivada de la interpretación de las maniobras practicadas como generadoras o amplificadoras de un riesgo no permitido, así como de las reacciones bioquímicas derivadas de la situación de inmovilización en un episodio altamente estresante. Como ejemplo, así sucedió en el denominado “Caso Roquetas”, único en España que ha sido dirimido por el Tribunal Supremo (STS 6905/2008, de 11 de diciembre [ECLI:ES:TS:2008:6905]).

Las implicaciones sociales consisten en la repercusión, tanto para los agentes intervinientes como para la institución policial de la que dependan, de la interpretación

del suceso, especialmente derivada del tratamiento mediático<sup>3</sup>, pues es frecuente el resalto de cualidades que nada han tenido que ver en el desarrollo de los hechos (como la profesión u ocupación del fallecido), obviando o dejando en segundo plano las que han tenido una vinculación directa y que también eran conocidas (consumo de tóxicos o presencia de alteraciones psiquiátricas).

Por último, las implicaciones personales para los propios agentes, pues un suceso de estas características suele ir acompañado de repercusiones a nivel emocional, las cuales son susceptibles de generar alteraciones psicoadaptativas a nivel familiar, social y profesional e incluso serias patologías postraumáticas.

En todos los casos queda descartado el dolo directo; es decir, *a priori* no existe intención de provocar el resultado letal. Ni siquiera el planteamiento mental la mínima probabilidad de que este sucediese.

El análisis de las cuestiones sobre los motivos que iniciaron la intervención, justificaciones jurídicas sobre la inmovilización (o detención) y el uso de la fuerza empleada, así como los procedimientos, técnicas y maniobras aplicadas sobre el detenido, supondrán el elemento básico a tener en cuenta para valorar su responsabilidad penal durante el proceso. Es indudable que también debería ser valorado el nivel de conocimiento sobre el riesgo de fallecimiento, la formación recibida por parte de las instituciones al respecto, los medios de los que disponen y el tiempo de respuesta de las solicitudes sanitarias (en el “Caso Roquetas” la respuesta médica se demoró 23 minutos por motivos de disponibilidad operativa, durante los cuales persistía el forcejeo para la reducción).

La muerte de una persona en circunstancias de intervención policial es un hecho que tendrá repercusiones postraumáticas, en mayor o menor medida, para los implicados, para el resto de la plantilla de la unidad policial así como para el conjunto de la institución a la que pertenecen.

### 3. METODOLOGÍA

Para este estudio se ha utilizado como método el análisis de la literatura científica de carácter retrospectivo, mediante observación documental de modo cualitativo. A tal efecto, se han recopilado diversas investigaciones, tanto nacionales como internacionales, superponiéndolas al objeto de aislar elementos comunes o discordantes. La metodología está basada en el paradigma sistémico, con la vocación de establecer un patrón integrador que unifique las conclusiones de las diferentes áreas del conocimiento

3 Por ejemplo, en el “Caso Roquetas” se destacaba en los medios de comunicación, como cualidad del fallecido, que era un agricultor: <http://www.elmundo.es/elmundo/2006/02/07/espana/1139311869.html> <http://www.europapress.es/andalucia/almeria-00350/noticia-tc-cierra-caso-roquetas-inadmitir-recurso-amparo-principal-acusado-20100511164517.html> [http://elpais.com/diario/2008/12/20/espana/1229727613\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2008/12/20/espana/1229727613_850215.html) En el “Caso Raval”, que era un empresario: [http://elpais.com/tag/caso\\_raval/a/](http://elpais.com/tag/caso_raval/a/) <http://www.abc.es/espana/20141004/abci-raval-mossos-201410032219.html> <http://www.lavanguardia.com/sucesos/20131104/54392721245/imputados-ochos-mossos-detuvieron-empresario-gayxample.html> En el “Caso Bayard”, que era un actor: <http://www.lavanguardia.com/sucesos/20140403/54404683300/alfonso-bayard-fallecido-mossos-plaza-molina.html> <http://www.abc.es/catalunya/20140403/abci-fallecido-tras-detencion-mossos-201404031411.html> <http://www.europapress.es/chance/gente/noticia-fallece-actor-alfonso-bayard-ser-reducido-mossos-desquadra-20140404103414.html>

que han abordado este fenómeno. Los estudios de casos han sido tenidos en cuenta únicamente a efectos de contraste, para verificación de coincidencias en relación a la presencia de factores y variables precipitantes y predisponentes.

A esta investigación, de carácter cualitativo, se añade un estudio empírico prospectivo basado en el diseño de una encuesta estructurada, con preguntas cerradas y abiertas. La muestra (n=383) ha sido obtenida mediante un sistema de selección aleatoria entre los elementos integrantes del universo de estudio (agentes de Policía), a través de un sistema de abordaje directo (para facilitar la espontaneidad de las respuestas). El estudio se llevó a cabo entre noviembre de 2014 y febrero de 2015, perteneciendo los elementos muestrales a agentes policiales de distintas escalas, tanto Policías Locales, Cuerpo Nacional de Policía y Guardia Civil, de las provincias de Murcia, Valencia, Cádiz, Madrid, Barcelona, Ibiza, Mallorca, Ciudad Real y Albacete.

#### **4. SINTOMATOLOGÍA**

La característica principal es la presencia de un estado de excitación psicobiológico de aparición brusca, caracterizado por extrema agitación psicomotriz, hostilidad, hipertermia, fuerza excepcional y resistencia sin apariencia de fatiga (Mash et al, 2009; Vike et al, 2012). Los sujetos protagonizan eventos en los que ha de intervenir la Policía, pues suelen originar graves alteraciones del orden público y/o alteraciones de la seguridad ciudadana: deambulación incoherente entre los vehículos que circulan por las vías, daños en mobiliario urbano o privado, fractura de cristales o escaparates,... No se trata de infracciones de gran gravedad, sino de comportamientos absolutamente descoordinados que enfocan la atención del público y demandan intervención policial.

En ocasiones, son los propios protagonistas los que inician la interacción con la Policía, bien mediante solicitud expresa de su presencia o personándose directamente en dependencias policiales. En estos casos, persiste en los sujetos una idea recurrente, producto de su alteración del contenido del pensamiento, que sugiere un cierto grado de cognoscibilidad. No obstante, el brote confusional agudo puede aparecer en cualquier momento. En otros, es tal la afección psíquica que resulta imposible la interacción positiva, de modo que el recurso a técnicas comunicativas o posicionales resulta inoperante. Este es el sujeto prototípico objeto de esta investigación.

Una inadecuada actuación, sobre todo en los momentos iniciales, puede ser detonante y desencadenar un resultado con alta probabilidad letal, derivado de la actitud del ciudadano/paciente, de la actuación policial y de la concreta respuesta bioquímica individual, pues se trata de un fenómeno multifactorial solo explicable desde un prisma sistémico.

El elenco de factores que han sido asociados a este “síndrome” es extensísimo, si bien pueden clasificarse, según su naturaleza, en distintas tipologías:

**Tabla 1: Variables tradicionalmente asociadas**

<b>Individuales</b>	<i>Varón, mediana edad, antecedentes de enfermedad mental o abuso de psicoestimulantes, comienzo repentino del comportamiento extravagante o agresivo.</i>
<b>Situacionales</b>	<i>Detención policial, sanitaria o de otro tipo; necesidad de restricción de libertad física y postura del sujeto en la que se realiza la misma.</i>
<b>Psicobiológicas</b>	<i>Presencia de delirios, concretas reacciones bioquímicas, asfixia por restricción, rigidez muscular extrema, especial susceptibilidad neurobiológica e hipertermia.</i>
<b>Conductuales</b>	<i>Gran agitación psicomotriz, conducta extravagante e irrazonable, agresividad, ausencia de respuesta a órdenes verbales, resistencia activa y violencia que pueden suponer un riesgo propio o de terceros, gritos o emisión de sonidos guturales, desnudez, violencia hacia objetos, correr entre el tráfico rodado...</i>
<b>Etiológicas</b>	<i>Reacción bioquímica adversa a situaciones de estrés; administración de sustancias tóxicas, tanto estimulantes como depresoras del sistema nervioso central; abstinencia de las mismas; enfermedades psiquiátricas previas; traumatismos craneoencefálicos, enfermedades graves en fases terminales, infecciones, congelación, desnutrición, deshidratación.... La lista es amplísima.</i>
<b>Cínicas</b>	<i>Taquipnea, taquicardia, hipertermia, hipertensión, acidosis, rabdomiólisis.</i>
<b>En el momento del fallecimiento</b>	<i>Renuncia a la resistencia, colapso repentino tras restricción física, paro cardiorrespiratorio, braquicardia o asitolia, reanimación agresiva infructuosa.</i>
<b>En la autopsia</b>	<i>Positivo en psicoestimulantes, niveles tóxicos compatibles con consumo recreativo, sin dosis altas, inexistencia de explicación anatómica para el fallecimiento, desregulación por exceso de dopamina.</i>

*Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura científica consultada.*

Cada grupo contiene una serie de variables cuya combinación resulta susceptible de dar lugar a la aparición del “síndrome”, si bien no todas poseen el mismo peso específico. Esto último posibilita el establecimiento de una distribución más concisa, atendiendo a criterios de primariedad, entendidos como elementos precipitantes, o secundariedad, como variables predisponentes. Así, son variables primarias la presencia de delirio o alucinaciones, agitación psicomotriz, resistencia activa, reacciones bioquímicas adversas y déficit en la respuesta fisiológica a las mismas. Siendo catalogables como secundarias el resto.

En atención a la presencia de un número significativo de estas variables puede establecerse un perfil de alto riesgo cuando coexistan las de: varón, de mediana edad, con antecedentes de abuso de psicoestimulantes, presencia de agitación psicomotriz y delirio, que ofrece gran resistencia a la restricción física y que presenta hipertermia evidente, lo cual desemboca en un colapso repentino tras la restricción y se encuentran hallazgos de estimulantes del sistema nervioso central en la autopsia (Vike et al,

2012), si bien no aparecen en todos los casos, dada la diversidad de mecanismos etiológicos y a la importancia de las reacciones bioquímicas individuales.

A efectos operativos, resulta de especial interés la identificación de aquellos síntomas observables externamente (Hall et al, 2013). La siguiente tabla resume los de mayor incidencia:

**Tabla 2: Síntomas "diana" externos**

<b>Conducta y locuacidad</b>	
<b>excesivamente extravagantes o inapropiadas</b>	<i>Suelen protagonizar eventos en los que se percibe una clara ruptura con la realidad.</i>
<b>Gran agitación psicomotriz</b>	<i>Los sujetos son incapaces de controlar su actividad motora, reaccionan impulsiva y/o agresiva y persistentemente ante cualquier estímulo que consideran intrusivo.</i>
<b>Trastorno de la atención</b>	<i>Manifestado en fácil distracción al interpretar estímulos de forma indiscriminada, lo que dificulta obtener su cooperación.</i>
<b>Verborrea repetitiva sobre un mismo asunto</b>	<i>Resultando muy difícil o imposible razonar con ellos.</i>
<b>Fortaleza exagerada</b>	<i>Debido a la rigidez muscular. Esto agudiza el nivel de resistencia activa directa, lo que a su vez posibilita el incremento de la fuerza a aplicar para vencerla.</i>
<b>Sudoración evidente</b>	<i>Incluso en condiciones climatológicas que no lo explican, derivado de la hipertermia. Suelen rasgarse o quitarse las ropas para minimizar sus efectos.</i>

*Fuente: Listado incluido en Vike et al, 2012, derivado de la revisión de 18 artículos científicos.*

La constatación de un estado confusional evidente unido a una conducta hiperactiva, a los que se une uno o varios de los "síntomas diana", resulta suficientemente indiciario para sospechar que se trata de un sujeto de alto riesgo. Por ello, resulta importante para los agentes del orden el conocimiento sobre su existencia, técnicas de comunicación en defensa verbal y persuasión (Kokko & Mäki, 2009; Rodríguez, 2013), para controlar la situación en los inicios, los riesgos que conlleva un uso de la fuerza inapropiado y la adecuada formación en tácticas y técnicas de abordaje, inmovilización y traslado.

## 5. RESULTADOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO

A fin de obtener inferencias sobre el conocimiento, por parte de los profesionales que están directamente implicados en la intervención inicial con sujetos que presentan delirio con agitación, se ha realizado un estudio basado en un diseño de encuesta directa.

Dada la dificultad, tanto a nivel institucional como individual, de acceder a los colectivos reseñados<sup>4</sup> (especialmente policías), se optó por realizar un diseño de encuesta

4 Ambos aspectos han sido corroborados en investigaciones anteriores, pues ante la solicitud institucional para realizar encuestas entre sus miembros, aún siendo anónimas y sin referencia corporativa, han sido mayoritariamente denegadas. También a nivel individual se ha constatado la reticencia a participar en investigaciones externas.

con pregunta única, llevado a cabo mediante un sistema de abordaje informal y directo, consistente en interpelar a todo agente que fuese posible. De este modo se obtuvo una muestra diseñada de 433 agentes de policía, en la que se produjo una mortalidad estadística de 50 elementos muestrales, que declinaron participar en el estudio, por lo que la muestra efectiva estuvo compuesta por 383. Se les interpelló sobre diversas cuestiones relativas a este fenómeno, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 3: Grado de conocimiento sobre el "Excited Delirium"

	SI	NO
Grado de conocimiento	16 (4,18%)	367 (95,82%)
Cursos de Formación	4 / 1,04%	
Medios de Comunicación	8 (2,08%)	
Interés personal	4 (1,04%)	

Fuente: Elaboración propia.

Únicamente el 4.18% de la muestra reconoce conocer su existencia, mientras que el 98.95% no sabría reconocer los síntomas ni actuar eficazmente con seguridad. Estos datos ponen de manifiesto el desconocimiento generalizado sobre este fenómeno entre los miembros de las FCS españolas, por lo que resulta precisa formación en reconocimiento, riesgos y entrenamiento especializado.

Tras su participación en la encuesta, a todos los elementos muestrales que desconocían este fenómeno se les explicó la sintomatología básica. 51 de ellos (13.31%) manifiestan haber intervenido en situaciones similares. Esto supone que se trata de una realidad en la intervención operativa policial, la cual, si bien no destaca por su incidencia sí lo hace por su alto nivel de riesgo, tanto para los agentes como para los sujetos objeto de intervención.

Otra de las cuestiones analizadas versaba sobre la percepción del origen de la conducta confuso-agresiva, principales síntomas observados y acción policial inicial. En la siguiente tabla se resumen los resultados obtenidos en el estudio:

Tabla 4: Percepciones y primeras actuaciones policiales

N=51 (13,31%)	Percepción sobre el origen de la conducta	Principales síntomas observados	Primera acción policial
Drogas de abuso	36 (70,5%)		
T. Psíquicos	15 (29,4%)		
Delirios, alucinaciones		32 (62,7%)	
Agitación extrema, fuerte resistencia		35 (68,6%)	
Comunicación a la central			49 (96,0%)
Requerimiento asistencia médica			50 (98,5%)

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de agentes (70.5%) la atribúan al consumo abusivo de drogas, mientras que un tercio de los mismos lo relacionaban con la presencia de trastornos psíquicos severos.

La percepción sobre la etiología desencadenante tiene un reflejo en la dinámica operativa, pues la actitud del sujeto se perfila como una variable de notable interés en la justificación del uso de la fuerza, cobrando especial interés su asignación simbólica (Terrill & Mastrofski, 2002; Paoline III & Terrill, 2005). De este modo, la creencia de que la actitud confuso-agresiva deriva de un trastorno psíquico tiende a que los agentes perciban que se encuentran ante un sujeto “enfermo”, como si de un paciente precisado de auxilio se tratase; mientras que si esa representación deriva de un consumo voluntario de tóxicos, la interpretación situacional no será la misma, tendiendo a ser más contundente (Borum et al, 1997; Strauss et al, 2005; Hall et al, 2013).

Pese a que los agentes interpelados únicamente refieren estas dos causas etiológicas, lo cierto es que el catálogo es extensísimo (Vlajkovic & Sindjelic, 2007; Gill, 2014), incluyendo estados de abstinencia a drogas o medicamentos, reacciones adversas hacia los mismos, sepsis severas, traumatismos craneoencefálicos, desnutrición, deshidratación, quemaduras, disfunciones hepáticas o renales, entre otras (Cole, 2014).

En relación a los síntomas externos considerados más relevantes, 2/3 refieren estados confusos o delirantes, gran agitación y fuerza extrema, mientras que el tercio restante no sabe definirlos. No obstante, la inmensa mayoría optan en primera instancia por comunicar el suceso a su central y solicitar asistencia sanitaria de urgencia, lo que indica que identifican estas situaciones de urgencia médica.

## 6. TRATAMIENTO POLICIAL CON SUJETOS CONFUSO-AGRESIVOS

Tal y como se ha reiterado a lo largo de los anteriores epígrafes, las intervenciones encuadrables en este fenómeno, o cualesquiera otras en las que converjan estados conductuales que evidencien hiperactividad motriz, hipertermia, agresividad y confusión evidentes, precisan un abordaje dirigido a minimizar sus potenciales efectos letales, así como la seguridad de los agentes y la propia del sujeto.

En España, no existe un protocolo policial unificado, además resultaría muy complejo su establecimiento, dada la diversidad de situaciones y variables intervinientes, pero sí es posible establecer un marco sistemático general que orientaría la actuación. Los diferentes manuales táctico-operativos, así como los cursos de formación táctica, suelen contener referencias a la intervención con sujetos agresivos, algunos incluso refieren tímidamente técnicas específicas para el “delirio agitado” (Benito & Georgiev, 2005).

El Reino Unido cuenta con una Guía denominada “Orientación sobre la Detención Segura y Manejo de Personas Bajo Custodia Policial”, publicada por la Asociación de jefes de Policía (*Association of Chief Police Officers*, 2012). En el epígrafe titulado “Características de los Detenidos” (*Condition of Detainee*) se establecen las directrices básicas de actuación en multitud de situaciones relativas a la detención y custodia de detenidos, entre las que se encuentra, expresamente, la intervención con sujetos que presenten “Excited Delirium”, incluyendo una relación de síntomas básicos y una breve descripción del fenómeno. Como norma general establece el adecuado conocimiento del Modelo Nacional de Decisión (*National Decision Model*), que señala como primer requisito una

pre-evaluación del riesgo antes de tomar una decisión, la cual se perfila también como mecanismo de justificación de su posterior actuación. No existe un procedimiento táctico específico, más allá de recomendaciones sobre la necesidad de ofrecer un tratamiento adecuado a la especial situación de cada detenido, con especial énfasis hacia aquellos que requieran asistencia médica de emergencia (College of Policing, 2014).

En Estados Unidos existe una profusa producción científica e investigación constante sobre este fenómeno, la cual ha tenido su reflejo en diversas publicaciones de interés policial. Así, en el Estado de Pensilvania se publicó el *Special Panel Review of Excited Delirium (Institute for Non-Lethal Defense Technologies & United States of America, 2011)*, en el que se realiza un pormenorizado examen de este fenómeno desde el prisma de la intervención policial. En él destaca, como propuesta de respuesta apropiada, la recomendación de establecer el siguiente protocolo de actuación:

- Identificación de los principales signos y síntomas.
- Rápido control del sujeto.
- Sedación por personal sanitario inmediatamente tras el control policial.
- Traslado del sujeto a centro sanitario, para su evaluación y adecuado tratamiento médico.
- Documentación del caso.

El mismo protocolo es el sugerido por la Asociación Internacional de Jefes de Policía (*International Association of Chief of Police, 2015*), ya a nivel nacional, matizando que el rápido control ha de hacerse en el modo y momento que más seguro sea para la integridad del sujeto (y de los agentes), añadiendo que, junto a la sedación, se han de aplicar mecanismos destinados a facilitar la disminución de su temperatura corporal.

Sobre este estándar se han creado diferentes técnicas de intervención operativa específicas. Una de las más extendidas en EE.UU. es el denominado Control Táctico Múltiple (*Multiple Officers Control Tactic*), en el que se desarrollan diferentes técnicas de control en función del número de agentes. Está basado en el Modelo de Uso de la Fuerza de Illinois (*The Illinois Model*), el cual sigue un diseño en el que la prioridad es la salvaguarda de la vida del sujeto sobre el que se realiza la intervención. El MOCT (Hayes & Paulus, 2008) sigue el siguiente esquema:

- Captura del sujeto: Una vez decidida la necesidad de la intervención, el sujeto ha de ser llevado al suelo. Para ello se utilizan técnicas de placaje, armas de impacto o de conducción eléctrica (estos extremos están sujetos a la regulación normativa específica de cada Estado).
- Control: Se coloca al sujeto decúbito prono, con sujeción de la cabeza para evitar mordeduras y autoagresiones, a fin de dejar libre la zona corporal de actuación sanitaria para la sedación/medicación por personal facultativo.
- Medidas de contención: Se utilizan varios juegos de “esposas” de cadena entrelazadas a la espalda (generalmente tres) y se inmovilizan los tobillos con cintas de sujeción para facilitar su traslado en ambulancia. En el menor espacio de tiempo posible ha de ser colocado en posición decúbito supino, a fin de facilitar la respiración aérea.

- Transporte: Siempre en vehículo sanitario.
- Documentación del caso mediante informe.

Se ha de recordar que este modelo ha sido creado en el marco de la normativa y peculiaridades de la regulación del uso de la fuerza policial en EE.UU., por lo que su inserción en el ámbito continental europeo precisa ciertas matizaciones, a fin de adaptarlo a las necesidades y medios disponibles.

## **7. PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN POLICIAL PARA ESPAÑA**

Como se ha señalado, en España el desconocimiento del fenómeno es generalizado entre los profesionales policiales, sanitarios e incluso forenses, no disponiendo las instituciones y corporaciones de protocolos de actuación, ni se encuentra contemplada su inclusión en los programas formativos en las diferentes Academias o Escuelas. Solamente el estudio e interés de algunas organizaciones, como universidades, asociaciones, sindicatos y profesionales a nivel particular, ha dado lugar al diseño de sistemas y protocolos no oficiales, siempre desde la iniciativa personal, que no institucional, proponiendo sistemas y procedimientos específicos con el objetivo de informar, a través de jornadas y cursos, sobre la problemática y establecer unas pautas generales mínimas de actuación para minimizar los riesgos de muertes en situaciones de intervención policial y detención.

En todos los casos estudiados, el denominador común es que una persona muere súbitamente durante una intervención policial en la que se ha utilizado la fuerza para reducirla, inmovilizarla y/o detenerla. Las víctimas presentan agresividad con gran agitación psicomotriz, hipertermia, asfixia, consumo de drogas/alcohol, gran estrés situacional y restricción física por parte de los agentes policiales. Por otra parte, los análisis y conclusiones forenses no pueden explicar de forma clara la causa de la muerte.

Con estos hechos, y atendiendo a los resultados de los estudios y trabajos realizados, a las características propias del “síndrome” y a su potencialidad letal, se proponen como tácticas operativas policiales ante intervenciones con personas con esta sintomatología, las siguientes:

- Amplia información sobre su existencia, incidencia, posibilidad de morbilidad e identificación del problema en la primera intervención.
- Una vez identificado el problema, por parte de los primeros agentes intervinientes, clasificarlo como urgencia sanitaria con la siguiente activación de los servicios sanitarios.
- Las medidas iniciales son determinantes: reducir la situación de estrés para el sujeto y aislar la zona para minimizar riesgos para terceras personas, la persona bajo “síndrome” y los agentes intervinientes.
- Formación en técnicas de comunicación estratégica. Esta metodología, al incidir en el modo de afrontamiento, resulta susceptible de reducir la presión sobre el sujeto y el estrés situacional. Así mismo ayuda a mantener la calma de los agentes intervinientes, clave para poder reflexionar, evaluar y responder de forma adecuada a la situación requerida.

- Pautas para llevar a cabo un trabajo en equipo, independientemente de los agentes intervinientes. Es fundamental la división del trabajo y la coordinación con los equipos sanitarios.
- Uso de la fuerza policial mediante medidas de contención: la restricción física o mecánica únicamente procede cuando exista autoagresión, o bien riesgo inminente de la misma o de daños o peligro para la normal convivencia.
- La actuación policial ha de estar regida por las circunstancias del contexto, de modo que debe evitarse la contención directa ante ausencia de riesgos o ante simple agresividad verbal o gestual.
- Los agentes deberán ser capaces de clasificar la situación en uno de los tres niveles siguientes, debiendo responder la gradación del uso de la fuerza necesaria a cada uno de ellos:
  1. Primer Nivel: control del sujeto mediante técnica de “acompañamiento básico”. El sujeto/paciente no ofrece resistencia física o esta es mínima.
  2. Segundo Nivel: control de brazos y piernas con suspensión del sujeto *decúbito supino* para favorecer la intervención de los servicios sanitarios.
  3. Tercer Nivel: uso excepcional de la fuerza. Control de brazos y piernas *decúbito prono*, en el suelo, con medios de contención (varios juegos de “esposas” entrelazadas a la espalda e inmovilización de piernas y tobillos con cintas de sujeción para facilitar su traslado en ambulancia). Es importante destacar que en el menor espacio de tiempo posible ha de ser colocado en posición *decúbito supino*, a fin de facilitar la respiración aérea.

Resulta necesario reiterar que toda intervención con personas con la sintomatología descrita deberá ser considerada como de “urgencia sanitaria” y solicitar los servicios médicos, para ello es necesario que los agentes dispongan de la información y formación sobre esta casuística, así como de su problemática, para poder clasificarla.

Si, debido a la gravedad de la situación, no es posible esperar la intervención sanitaria y resulta necesaria una acción inminente y directa, se atenderá a la concurrencia de las posibilidades operativas y tácticas, bien dilatando la actuación, cuando las circunstancias lo permitan, bien actuando con la decisión necesaria cuando así sea aconsejable atendiendo a las prioridades. La intervención siempre deberá ser bajo los principios de Oportunidad, Congruencia y Proporcionalidad establecidos en nuestro ordenamiento jurídico, todo ello sustentado en la máxima de menor lesividad posible y equilibrio entre el bien jurídico a proteger y el bien jurídico a dañar con la intervención.

En cualquier caso debe evitarse, en la medida de lo posible, incrementar el estrés, la violencia situacional, así como la utilización de técnicas desproporcionadas y la inmovilización en posiciones o posturas que dificulten el flujo de oxígeno, resultando más idóneas las medidas de sujeción de los miembros superiores e inferiores sin acción directa sobre las articulaciones para evitar su luxación (pues resulta inoperante debido a la insensibilidad al dolor, por lo que resulta más operativa la mera sujeción física sin torsión), hasta disponer de medios de contención adecuados (camilla en la que colocar al sujeto de cubito supino y sujeciones abdominales y de miembros superiores e inferiores alternos).

## 8. CONCLUSIONES

Desde una perspectiva multidisciplinar es posible ofrecer una visión más nítida sobre la etiología y métodos de afrontamiento del delirio con agitación. En este sentido, las aportaciones de distintas ciencias y disciplinas constituyen los pilares sobre los que asienta este trabajo de investigación, pues de ellos se han extraído las variables primarias coincidentes, a fin de aislar una específica manifestación de un síndrome psicopatológico definido, al que se pueden añadir otras de carácter secundario.

Con todo ello, se ha intentado dar respuestas a los objetivos inicialmente propuestos en este estudio, las cuales se traducen en las siguientes conclusiones:

Primera: El delirio con agitación ha sido objeto de multitud de estudios desde el s. XIX, aunque no es hasta finales del XX cuando se define con mayor rigor. Inicialmente se centraba en la investigación sobre pacientes psiquiátricos, si bien con posterioridad se amplía el espectro a consumidores o portadores de ciertos estupefacientes (fundamentalmente cocaína y alucinógenos) y otros. En este marco se construyen diversos conceptos en los que destaca la presencia de variables que se repiten en muchos casos, si bien en otros no, lo que conlleva un cierto grado de discrecionalidad diagnóstica.

El primer elemento a tener en cuenta es la denominación genérica del presunto síndrome como “delirio agitado”, traducción del anglosajón *excited delirium*. Esta designación tiene por objeto la distinción entre estados conductuales de una misma patología, a fin de distanciar situaciones comportamentales presentes ante un estado delirante, es decir, el paciente puede estar agitado, no agitado o combinar ambos, pero sin estar referida a un síndrome independiente.

Atendiendo a esta premisa, se trata de una concreta manifestación clínica del síndrome confusional agudo (*Delirium*), reconocido en los manuales diagnósticos internacionales (DSM-V y CIE-10), en la que intervienen variables de criterio situacional. Por ello se propone como concepto ecléctico el siguiente:

*Alteración psicopatológica de etiología multifactorial en la que el paciente presenta delirio con agitación conductual, exposición a una situación estresante que provoca reacciones a nivel bioquímico y especial susceptibilidad hacia las mismas, amplificándose sus efectos por la concurrencia de factores situacionales derivados de la necesidad de la contención física externa, bien por efectivos policiales o sanitarios, o por factores coadyudantes precipitantes de la aparición del delirio.*

Segunda: Dada la diversidad de factores etiológicos, así como de las distintas circunstancias predisponentes y precipitantes, resulta arriesgado aislar un síndrome independiente, más allá de su mera concepción como tipo de manifestación del *Delirium*, el cual aglutina todas y cada una de las variables y factores que han sido hallados en las profusas investigaciones llevadas a cabo.

Tercera: Aunque el denominado “*Síndrome de Delirio Agitado*” no existe como entidad clínica autónoma, sí es una realidad en las intervenciones policiales. A estos efectos se sugiere como denominación más precisa la de “estado confuso-agresivo inducido”, pues contiene los elementos, tanto diagnósticos como de interés operativo, con mayor prevalencia.

Cuarta: La intervención policial inicial ante pacientes que presentan la sintomatología descrita resulta especialmente relevante de cara a su pronóstico. Esta ha de estar regida por los principios de necesidad, congruencia y proporcionalidad, en concordancia con los de decisión y premura cuando de ello dependa el evitar un daño grave, propio o de terceros.

En este sentido, la formación se erige como el medio más adecuado, tanto para la detección de los “síntomas diana” como para la resolución operativa. Los sujetos que exteriorizan comportamientos encuadrables en el comúnmente denominado “delirio agitado”, resultan muy difíciles de manejar por su obstinación resistiva (aunque generalmente no agresiva directa, sino con orientación evasiva de la actuación policial), derivada de un proceso bioquímico interno que no pueden controlar, no se trata de simples actitudes volitivas de confrontación, sino que el sujeto es incapaz de realizar valoraciones y actúa conforme a la realidad distorsionada que está experimentando en ese momento el contenido de su pensamiento. Sus reacciones derivan de una ruptura con las pautas que dirigen su desarrollo vital en estado normal, produciéndose una desconexión absoluta con el mundo real.

Quinta: Ese estado de desconexión provoca la exteriorización de comportamientos extravagantes y agresivos que el sujeto no puede controlar. La detección, por parte de los agentes, de características indiciarias resulta crucial para dirigir su actuación. Esta habrá de estar dirigida a minimizar el nivel de estrés, en la medida de lo posible, resultando más adecuada una intervención directa e inmediata sobre el sujeto al constatar que este se incrementa, mediante la sujeción sin luxación de las extremidades y colocación en posición *decúbito supino* a la mayor brevedad. No resulta aconsejable el uso de armas de conducción eléctrica, sprays defensivos ni golpes con objetos contundentes o de otro tipo, pues la insensibilidad al dolor que experimenta lo hace inoperante y únicamente contribuye a incrementar la actividad neuroquímica nociva.

Sí puede resultar operativo el uso de contención física inicial mediante escudo u otros elementos que faciliten una rápida contención, acompañada inmediatamente de la sujeción física y/o mecánica (mediante esposas o cintas) que permita un cierto margen de movilidad de las extremidades. No obstante, siempre que sea posible, la intervención directa habrá de realizarse cuando el personal sanitario esté presente, a fin de que la atención médica inmediata quede garantizada.

Sexta: Existe un desconocimiento generalizado sobre la existencia, riesgos y actuación ante la presencia de pacientes o ciudadanos en estado de delirio con agitación, especialmente en las primeras instancias intervinientes (policías y sanitarios). Por ello resulta necesaria la formación y el establecimiento, por parte de las instituciones, de protocolos de actuación generales, destinados a minimizar los efectos de una intervención contraproducente.

Séptima: Se ha de recordar que el riesgo de fallecimiento siempre existe, pero una actuación adecuada puede minimizar su incidencia y justificar el modo de proceder.

## BILIOGRAFÍA

Alonso, Z.; González-Torres, M. A. y Gaviria, M. (2012). “El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (114), 247-259.

Amaya, I. S., Cazorla, F. M., Medina, V. R., & Lamía, L. R. (2013). Estudio y análisis médico-legal de las muertes en privación de libertad en Málaga. *Cuad Med Forense*, 19(3-4), 102-109.

American College of Emergency Physicians. (2009) Excited Delirium Task Force. "White Paper Report on Excited Delirium Syndrome", USA. Extraído el 12 de agosto de 2015 de <https://www.justnet.org/pdf/exds-panel-report-final.pdf>

Anais, S. A. B. (2014). Making Up Excited Delirium. *Canadian Journal of Sociology*, 39(1), 45-64.

Association of Chief Police Officers (ACPO). (2012). Guidance on the Safer Detention and Handling of Persons in Police Custody. Second Edition. Extraído el 21 de octubre de 2015 de: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/117555/safer-detention-guidance-2012.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/117555/safer-detention-guidance-2012.pdf)

Bell, L. (1849). On a form of disease resembling some advanced stages of mania and fever, but so contradistinguished from any ordinary observed or described combination of symptoms as to render it probable that it may be overlooked and hitherto unrecorded malady. *American Journal of Insanity*, 6(97), 127.

Benito, J. A. & Georgiev, P. (2005). Manual Básico de la Unión Europea de Procedimientos de Defensa Personal Policial. *Federación Madrileña de Lucha*.

Borum, R., Swanson, J., Swartz, M., & Hiday, V. (1997). Substance abuse, violent behavior, and police encounters among persons with severe mental disorder. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(3), 236-250.

Cazorla, F. M., Amaya, I. M. S., Medina, V. R., Lamia, L. O. R., & Rando, J. L. P. (2010). Muerte por síndrome de delirium agitado en Andalucía. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(2), 62-67.

Cazorla, F. M., Amaya, I. M. S., & García, M. L. (2011). Agitación psicomotriz e implicaciones médico forenses. *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(3), 111-117.

Cole, M. G. (2014). Delirium in elderly patients. *Focus*.

College of Policing (2014). National Decision Model. Extraído el 12 de enero de 2016 de: <https://www.app.college.police.uk/app-content/national-decision-model/the-national-decision-model/>

DiMaio, V. J. (2009). Excited Delirium Syndrome (EDS). *Forensic Nursing: A Concise Manual*, 197.

Gill, J. R. (2014). The syndrome of excited delirium. *Forensic science, medicine, and pathology*, 10(2), 223-228.

Grant, J. R., Southall, P. E., Mealey, J., Scott, S. R., & Fowler, D. R. (2009). Excited delirium deaths in custody: past and present. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 30 (1), 1-5.

Hall, C. A., Kader, A. S., McHale, A. M. D., 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.

Hayes, L. & Paulus, M. (2008). Tactical and Weapons Training Model. Olympia Fields, *Illinois Tactical Officers News*.

Ho, J. D., Smith, S. W., Nystrom, P. C., Dawes, D. M., Orozco, B. S., Cole, J. B., & Heegaard, W. G. (2013). Successful management of excited delirium syndrome with prehospital ketamine: two case examples. *Prehospital Emergency Care*, 17(2), 274-279.

International Association of Chief of Police (2015). [IACP Model Policies-Alphabetical Order](http://www.theiacp.org/Model-Policies-Alphabetical-Order/v/1/id/2032). Extraído el 24 de septiembre de 2015 de: <http://www.theiacp.org/Model-Policies-Alphabetical-Order/v/1/id/2032>

Institute for Non-Lethal Defense Technologies, & United States of America. (2011). Special Panel Review of Excited Delirium.

Jauchem, J. R. (2010). Deaths in custody: Are some due to electronic control devices (including TASER® devices) or excited delirium?. *Journal of forensic and legal medicine*, 17(1), 1-7.

Johnson, M. M., David, J. A., Michelhaugh, S. K., Schmidt, C. J., & Bannon, M. J. (2012). Increased Heat Shock Protein 70 Gene Expression in the Brains of Cocaine-Related Fatalities may be Reflective of Postdrug Survival and Intervention rather than Excited Delirium. *Journal of forensic sciences*, 57(6), 1519-1523.

Kokko, T. & Mäki, M. (2009). The verbal judo approach in demanding customer encounters. *Services Marketing Quarterly*, 30(3), 212-233.

Maldonado, J. R. (2013). Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1190-1222.

Martínez Selles, M. (2009). Síndrome de muerte súbita tras detención policial en varones jóvenes. *Revista Española de Cardiología*, 62 (1), 100-04.

Mash, D. C., Duque, L., Pablo, J., Qin, Y., Adi, N., Hearn, W. L., ... & Wetli, C. V. (2009). Brain biomarkers for identifying excited delirium as a cause of sudden death. *Forensic science international*, 190(1), e13-e19.

Murphy, C. M., Dulaney, A. R., Beuhler, M. C., & Kacinko, S. (2013). "Bath salts" and "plant food" products: the experience of one regional US poison center. *Journal of medical toxicology*, 9(1), 42-48.

Musselman, M. E., & Hampton, J. P. (2014). "Not for human consumption": a review of emerging designer drugs. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 34(7), 745-757.

Otahbachi, M., Cevik, C., Bagdure, S., & Nugent, K. (2010). Excited delirium, restraints, and unexpected death: a review of pathogenesis. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 31(2), 107-112.

Paoline III, E. A., & Terrill, W. (2005). The impact of police culture on traffic stop searches: an analysis of attitudes and behavior. *Policing: An International Journal of Police*

*Strategies & Management*, 28(3), 455-472.

Paquette, M. (2003). Excited delirium: does it exist?. *Perspectives in psychiatric care*, 39(3), 93.

Perelló Campaner, C. (2010). Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45(5), 285-290.

Pollanen, M. S., Chiasson, D. A., Cairns, T. J., & Young, J. G. (1998). Unexpected death related to restraint for excited delirium: a retrospective study of deaths in police custody and in the community. *Canadian Medical Association Journal*, 158(12), 1603-1607.

Post, R. M., & Kopanda, R. T. (1976). Cocaine, kindling, and psychosis. *The American journal of psychiatry*, 113(6), 627-634.

Rando, J. P., Medina, V. R., & Amaya, I. S. (2004). Muerte en privación de libertad (MPL). *Cuadernos de Medicina Forense*, 35, 37-50.

Rodríguez Coque, A. (2013). Inteligencia Verbal & Persuasión. Madrid.

Ruttenber, A. J., McAnally, H. B., & Wetli, C. V. (1999). Cocaine-associated rhabdomyolysis and excited delirium: different stages of the same syndrome. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 20(2), 120-127.

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.

Strauss, G., Glenn, M., Reddi, P., Afaq, I., Podolskaya, A., Rybakova, T., ... & El-Mallakh, R. S. (2005). Psychiatric disposition of patients brought in by crisis intervention team police officers. *Community mental health journal*, 41(2), 223-228.

Takeuchi, A., Ahern, T. L., & Henderson, S. O. (2011). Excited delirium. *Western Journal of Emergency Medicine*, 12 (1), 77-83.

Terrill, W., & Mastrofski, S. D. (2002). Situational and officer-based determinants of police coercion. *Justice quarterly*, 19(2), 215-248.

Vilke, G. M., DeBard, M. L., Chan, T. C., Ho, J. D., Dawes, D. M., Hall, C., ... & Bozeman, W. P. (2012). Excited delirium syndrome (ExDS): defining based on a review of the literature. *The Journal of emergency medicine*, 43 (5), 897-905.

Vilke, G. M., Bozeman, W. P., Dawes, D. M., DeMers, G., & Wilson, M. P. (2012). Excited delirium syndrome (ExDS): treatment options and considerations. *Journal of forensic and legal medicine*, 19(3), 117-121.

Vlajkovic, G. P., & Sindjelic, R. P. (2007). Emergence delirium in children: many questions, few answers. *Anesthesia & Analgesia*, 104(1), 84-91.

Wangmo, T., Ruiz, G., Sinclair, J., Mangin, P., & Elger, B. S. (2014). The investigation of deaths in custody: A qualitative analysis of problems and prospects. *Journal of forensic and legal medicine*, 25, 30-37.

Yoshida, C., Ishikawa, T., Michiue, T., Quan, L., & Maeda, H. (2011). Postmortem

biochemistry and immunohistochemistry of chromogranin A as a stress marker with special regard to fatal hypothermia and hyperthermia. *International journal of legal medicine*, 125(1), 11-20.

Fecha de recepción: 05/10/2015. Fecha de aceptación: 17/12/2015