



AMA Journal of Ethics®

Febrero de 2022, volumen 24, número 2: E154-159

PUNTO DE VISTA: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

El liderazgo de los programas del equipo de intervención en crisis debe incluir psiquiatras

Mark R. Munetz, MD y Natalie Bonfine, PhD

Resumen

Los programas del equipo de intervención en crisis (CIT, por sus siglas en inglés) son asociaciones entre la policía y miembros de la comunidad de salud mental desarrolladas con poca participación de psiquiatras. El presente artículo sostiene que los psiquiatras deberían ser uno de los líderes de los programas del CIT para facilitar la transferencia de personas en situaciones de crisis del principio de aplicación de la ley a la atención de salud mental, tomar decisiones de admisión y confinamiento civil, ofrecer apoyo de telemedicina en tiempo real a oficiales y servicios de intervención conjunta en el área y colaborar con los servicios de emergencia en la integración de respuestas para las llamadas al 911 y 988.

La American Medical Association indica que esta actividad de EMC basada en publicaciones tendrá un máximo de 1 AMA PRA Category 1 Credit™ disponible mediante el AMA Ed Hub™. Los médicos deberán solicitar solo el crédito proporcional a su participación en la actividad.

Orígenes

En 1987, un joven afrodescendiente con antecedentes de enfermedad mental y armado con un cuchillo fue asesinado a tiros por la policía de Memphis al negarse a soltar su arma. Tras las protestas generalizadas y una importante planificación comunitaria, surgió el modelo de equipo de intervención en crisis (CIT) de Memphis en 1988. El CIT implica asociaciones entre la policía, profesionales de salud mental, personas que viven con enfermedades mentales y sus familias para preparar a agentes voluntarios seleccionados y convertirlos en funcionarios del CIT. Las capacitaciones incluyen 40 horas de los siguientes contenidos: descripciones generales de enfermedades mentales y trastornos por consumo de sustancias, sistemas locales de servicios de salud mental, contacto con familias y personas que se recuperan de una enfermedad mental, estrategias verbales y no verbales para reducción de conflictos y juego de roles. Los programas del CIT motivan la seguridad comunitaria y la de los agentes y permiten el desarrollo y la implementación de programas de desviación previa a la detención.^{1,2,3,4}

Sin embargo, los programas del CIT se han desarrollado con poca participación de psiquiatras. El presente artículo sostiene que los psiquiatras deberían ser uno de los líderes de los programas del CIT para facilitar la transferencia de personas en

situaciones de crisis del principio de aplicación de la ley a la atención de salud mental, tomar decisiones de admisión y confinamiento civil, ofrecer apoyo de telemedicina en tiempo real a oficiales y servicios de intervención conjunta en el área y colaborar con los servicios de emergencia en la integración de respuestas para las llamadas al 911 y 988.

Estructura del CIT

Aunque el CIT continúa evolucionando, hay iniciativas simultáneas en marcha para mejorar y transformar los sistemas de respuesta a crisis: la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) ofrece herramientas de buenas prácticas de atención en situaciones de crisis,⁵ la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental y sus socios ofrecen el sitio web Crisis Now con recursos,⁶ y tanto el Centro de Defensa del Tratamiento como la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales recomiendan que los profesionales médicos, y no la policía, respondan a las crisis.^{7,8} La reciente legislación federal estableció el 988 como alternativa especializada a las llamadas al 911 en casos de crisis que involucren a una persona con una enfermedad mental,⁹ y debe ser implementada por los proveedores de servicios de telecomunicaciones antes del 16 de julio de 2022.^{10,11} Por último, en 2021, se sumaron \$ 35 millones a la Subvención Global Federal para Salud Mental para que la SAMHSA los distribuya durante el año con el fin de apoyar la integración de servicios estatales en situaciones de crisis, la infraestructura, la atención y los costos de implementación.¹²

Los profesionales médicos (como trabajadores sociales clínicos, psicólogos y asesores) han sido clave para el éxito de los programas del CIT. Los oficiales de policía del CIT desarrollan relaciones con sus instructores, que incluyen a profesionales de centros de crisis, servicios de urgencias (ED, por sus siglas en inglés) de hospitales y otras organizaciones de servicios de salud mental. Los programas del CIT pueden ayudar a transformar la cultura de seguridad comunitaria forjando la solidaridad entre defensores y fomentando las **relaciones de confianza** entre funcionarios policiales, médicos, personas con enfermedades mentales y sus familias.¹³ En lo que resta de este artículo, tratamos de demostrar porqué la integración de psiquiatras al liderazgo del CIT permitiría la integración de conocimientos clínicos a la capacitación del CIT y ayudaría más plenamente a integrar las operaciones del CIT a las respuestas en situaciones de crisis.

Roles de los psiquiatras

Un motivo para la ausencia de liderazgo psiquiátrico en los programas del CIT podría ser la falta de psiquiatras en el sistema de atención médica estadounidense. Pero dado que la cantidad de especializaciones en psiquiatría comunitaria aumentan en todo el país,¹⁴ podría haber más psiquiatras familiarizados y preparados para las responsabilidades del CIT. Además, un programa del CIT en Albuquerque, Nuevo México, es ahora un modelo que posiblemente puede ampliarse sobre cómo incorporar psiquiatras directamente en la aplicación de la ley para coordinar respuestas y consultas del CIT con los socios comunitarios.¹⁵

Los psiquiatras pueden ayudar impartiendo cursos al CIT que capaciten a los servicios de emergencia para reconocer a una persona que padezca una enfermedad mental, y asistir en el desarrollo y la implementación de programas del CIT, especialmente en comunidades donde faltan psiquiatras. Los agentes, específicamente, pueden beneficiarse del contacto directo con los psiquiatras en el desarrollo de planes de

estudio para los programas del CIT, la planificación de juegos de rol y las visitas a lugares. La confianza entre oficiales, psiquiatras y otros profesionales puede facilitar que el trabajo de casos, el trabajo de campo y el aseguramiento de la calidad funcionen de forma productiva y eficiente. En concreto, los psiquiatras pueden ayudar de las siguientes maneras:

1. Implementando programas de intervención temprana para coordinar la atención especializada necesaria (en lugar de la participación del sistema de justicia penal) en casos que impliquen, por ejemplo, a personas con un primer episodio de psicosis.
2. Llevando a cabo intervenciones basadas en pruebas (p. ej., tratamiento asertivo comunitario o tratamiento ambulatorio asistido) para quienes deban ser tratados como pacientes y no como sospechosos o criminales.
3. Guiando la evaluación posterior a la crisis, el tratamiento, las derivaciones y la coordinación de atención para los pacientes.
4. Facilitando la difusión de información y educando a los participantes, según corresponda, sobre las necesidades de atención de los pacientes después de las crisis, especialmente en casos en que se necesite el confinamiento involuntario o **protocolos de fuerza compasiva** en entornos clínicos para proteger a un paciente o a otras personas.¹⁶
5. Dando asesoramiento sobre la política estatal y federal que regula el transporte y la transferencia de pacientes desde centros penitenciarios a entornos de atención clínica.
6. Ayudando a colegas de servicios de emergencia del CIT que afronten experiencias en el campo o de trauma secundario.

La colaboración promueve la seguridad

Debido a que las crisis son complejas y requieren respuestas individualizadas, pero bien coordinadas, es importante reconocer que los CIT pueden ser solo una parte de una respuesta general efectiva a un incidente en una comunidad. Por ejemplo, algunas respuestas de llamadas en situaciones de crisis requieren que se aumenten los CIT por equipos móviles para situaciones de crisis de salud mental,¹⁷ que normalmente incluyen dos profesionales médicos (o uno acompañado de una persona especialmente capacitada que se está recuperando de una enfermedad mental, considerada par). Los modelos de servicios de emergencia conjuntos tienden a incorporar un funcionario policial del CIT y un médico o par¹⁸ para responder a una llamada o continuar con una respuesta previa a una llamada.^{19,20}

En comparación con las respuestas que provienen solo de la policía, contar con **socios clínicos en el campo** facilita la colaboración y comunicación entre agencias, mejora el éxito de la distensión y aumenta la probabilidad de tener un resultado preferible para una persona que experimente una crisis.²¹ Muchas crisis pueden resolverse en el momento, pero algunas requieren el transporte de pacientes a un centro de evaluación de crisis o al ED de un hospital y, por lo tanto, implican la necesidad de personal del sistema médico de emergencias (SME), como paramédicos o técnicos médicos de emergencia (TME) y enfermeros. Además, el personal de SME suele trabajar para los cuerpos de bomberos u otras unidades gubernamentales locales, responden a un director médico y siguen protocolos de respuesta a emergencias bien establecidos que optimizan las transferencias de pacientes a ED de hospitales. Por ejemplo, los TME en el campo son supervisados de manera remota, toman decisiones basándose en protocolos e inician el transporte de un paciente a un ED. Así como los médicos de

urgencias trabajan con personal del SME,²⁵ los psiquiatras pueden ayudar a supervisar la toma de decisiones para optimizar las contribuciones de los programas del CIT con la idea de generar respuestas efectivas ante las crisis, utilizando tecnología innovadora de video en tiempo real²⁶ o para crear una red de educación continua (p. ej., la ECHO del CIT) con el fin de responder a las personas que se encuentren en una crisis.²⁷ Por otra parte, los psiquiatras pueden ayudar a forjar la confianza comunitaria y las respuestas colaborativas para las llamadas al 911 y al 988 mientras continúa en los Estados Unidos la implementación de centros de atención telefónica del 988, así como la integración de servicios del 911 y 988.

References

1. Bonfine N, Ritter C, Munetz MR. Police officer perceptions of the impact of Crisis Intervention Team (CIT) programs. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37(4):341-350.
2. Compton MT, Bahora M, Watson AC, Oliva JR. A comprehensive review of extant research on Crisis Intervention Team (CIT) programs. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008;36(1):47-55.
3. Dupont R, Cochran S, Pillsbury S, et al. Crisis Intervention Team core elements. CIT International; 2007. Accessed February 25, 2021. <https://citinternational.wildapricot.org/resources/Pictures/CoreElements.pdf>
4. Skeem J, Bibeau L. How does violence potential relate to crisis intervention team responses to emergencies? *Psychiatr Serv*. 2008;59(2):201-204.
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National guidelines for behavioral health crisis care—a best practices toolkit. February 24, 2020. Accessed March 9, 2021. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/national-guidelines-for-behavioral-health-crisis-care-02242020.pdf>
6. Crisis Now. Accessed September 17, 2021. <https://crisisnow.com/>
7. Fuller DA, Lamb HR, Biasotti N, Snook J. Overlooked in the undercounted: the role of mental illness in fatal law enforcement encounters. Treatment Advocacy Center; 2015. Accessed February 25, 2021. <https://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/overlooked-in-the-undercounted.pdf>
8. Rice J II. Why we must improve police responses to mental illness. *National Alliance on Mental Illness* blog. March 2, 2020. Accessed February 25, 2021. <https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/March-2020/Why-We-Must-Improve-Police-Responses-to-Mental-Illness>
9. National Suicide Hotline Designation Act of 2020, Pub L No. 116-172, 134 Stat 832 (2020).
10. Chatterjee R. New law creates 988 hotline for mental health emergencies. *NPR*. October 19, 2020. Accessed September 17, 2021. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2020/10/19/925447354/new-law-creates-988-hotline-for-mental-health-emergencies>
11. Suicide prevention hotline. Federal Communications Commission. Accessed September 17, 2021. <https://www.fcc.gov/suicide-prevention-hotline>
12. Crisis questions and answers (week of April 14, 2021). Crisis Now. Updated April 24, 2021. Accessed September 12, 2021. <https://talk.crisisnow.com/wp-content/uploads/2021/04/07-QA-What-are-the-federal-resources-for-988-1.pdf>
13. Usher L, Watson AC, Bruno R, et al. *Crisis Intervention Team (CIT) Programs: A Best Practice Guide for Transforming Community Responses to Mental Health Crises*. CIT International; 2019. Accessed December 9, 2021.

[https://www.citinternational.org/resources/Best%20Practice%20Guide/CIT%20guide%20desktop%20printing%202019_08_16%20\(1\).pdf](https://www.citinternational.org/resources/Best%20Practice%20Guide/CIT%20guide%20desktop%20printing%202019_08_16%20(1).pdf)

14. Steiner JL, Giggie MA, Koh S, Mangurian C, Ranz JM. The evolution of public psychiatry fellowships. *Acad Psychiatry*. 2014;38(6):685-689.
15. Rosenbaum N, Tinney DM, Tohen M. Collaboration to reduce tragedy and improve outcomes: law enforcement, psychiatry and people living with mental illness. *Am J Psychiatry*. 2017;174(6):513-517.
16. George CE. What might a good compassionate force protocol look like? *AMA J Ethics*. 2021;23(4):E326-E334.
17. Beck J, Rueland M, Pope L. Behavioral health crisis alternatives: shifting from police to community response. Vera Behavioral Crisis Alternatives. November 2020. Accessed October 26, 2021. <https://www.vera.org/behavioral-health-crisis-alternatives>
18. Bailey K, Paquet SR, Ray BR, Grommon E, Lowder EM, Sights E. Barriers and facilitators to implementing an urban co-responding police-mental health team. *Health Justice*. 2018;6:21.
19. Puntis S, Perfect D, Kirubarajan A, et al. A systematic review of co-responder models of police mental health “street” triage. *BMC Psychiatry*. 2018;18:256.
20. Shapiro GK, Cusi A, Kirst M, O’Campo P, Nakhost A, Stergiopoulos V. Co-responding police-mental health programs: a review. *Adm Policy Ment Health*. 2015;42(5):606-620.
21. Dempsey C, Quanbeck C, Bush C, Kruger K. Decriminalizing mental illness: specialized policing responses. *CNS Spectr*. 2020;25(2):181-195.
22. CAHOOTS Consulting. Crisis assistance helping out on the streets (CAHOOTS) media guide. White Bird Clinic; 2020. Accessed February 26, 2021. <https://whitebirdclinic.org/wp-content/uploads/2020/07/CAHOOTS-Media.pdf>
23. Baker J, Cole J. EMS medical oversight of systems. Updated September 28, 2021. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2021. Accessed December 9, 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526093/>
24. Federal Emergency Management Agency. *Handbook for EMS Medical Directors*. US Department of Homeland Security; 2012. Accessed March 3, 2021. https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/handbook_for_ems_medical_directors.pdf
25. Diehl D. The Emergency Medical Services Program. In: Isaacs SL, Knickman JR, eds. *To Improve Health and Health Care: The Robert Wood Johnson Foundation Anthology*. Jossey-Bass; 2000:chap 10. Accessed December 9, 2021. <https://www.rwjf.org/content/dam/farm/books/books/2000/rwjf13484>
26. Lee A. Ipads could change how Harris County deputies assess mental health crises. *Houston Public Media*. July 26, 2018. Accessed March 3, 2021. <https://www.houstonpublicmedia.org/articles/news/in-depth/2018/07/26/297294/ipads-could-change-how-harris-county-deputies-assess-mental-health-crises/>
27. Crisianti AS, Earheart JA, Rosenbaum NA, Tinney M, Duhigg DJ. Beyond Crisis Intervention Team (CIT) classroom training: videoconferencing continuing education for law enforcement. *Int J Law Psychiatry*. 2019;62:104-110.

Mark R. Munetz, MD es un psiquiatra comunitario y profesor y director emérito en la Universidad Médica del Noreste de Ohio (NEOMED, por sus siglas en inglés) de Rootstown. El Dr. Munetz supervisó el Centro de Coordinación de Excelencia de Justicia Penal de Ohio de la NEOMED, que funciona como centro de asistencia técnica y capacitación estatal para alternativas de desviación de prisiones, y fue miembro

fundador del consejo de CIT International y desarrollador conjunto del Modelo de Intercepción Secuencial, un marco para ayudar a las comunidades a abordar la sobrerrepresentación de personas con enfermedades mentales graves en el sistema de justicia penal.

Natalie Bonfine, PhD es socióloga médica y profesora adjunta de psiquiatría de la Universidad Médica del Noreste de Ohio en Rootstown. Su principal área de investigación es la sobrerrepresentación de personas con enfermedades mentales en el sistema de justicia penal y su impacto a nivel individual y sistémico. También estudia las alternativas a la utilización de prisiones para personas que padecen enfermedades mentales graves y le interesa la colaboración y coordinación interdisciplinaria y entre sistemas de la atención, los servicios y las respuestas para atender las necesidades de las personas con enfermedades mentales.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(2):E154-159.

DOI

10.1001/amajethics.2022.154.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.