

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Cómo deben determinar los médicos si un paciente con trauma está preparado para volver al trabajo?

Tabitha E. H. Moses, MS y Arash Javanbakht, MD

Resumen

La función principal de un médico es tratar y controlar la salud de sus pacientes, además de ser su aliado. Sin embargo, los médicos que tienen obligaciones con los pacientes y con las organizaciones también deben evaluar a los pacientes con fines no terapéuticos (p. ej., su disposición a reincorporarse al trabajo). Estas dos obligaciones pueden entrar en conflicto y, cuando lo hacen, los médicos deben equilibrar sus deberes con los pacientes y con la sociedad. Proponemos los criterios que los médicos deberían tener en cuenta al determinar si un paciente está preparado para volver al trabajo y ofrecemos recomendaciones para interpretar los factores que influyen en esta decisión.

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.

Caso

En Estados Unidos, la brutalidad policial es una de las principales causas de muerte entre los varones jóvenes,¹ un hecho que conoce bien el Dr. Z, un médico de salud mental con muchos años de experiencia trabajando con autoridades policiales en entornos clínicos y de campo. El Dr. Z ha estado atendiendo a TW desde que le dispararon mientras perseguía a un presunto delincuente el año pasado en un barrio de la ciudad con una población estadounidense en su mayoría afrodescendiente.

TW se ha recuperado físicamente y ha recobrado los niveles de movilidad y agilidad previos a la lesión, pero todavía siente una angustia intensa y prolongada cuando habla sobre los detalles del tiroteo, padece “terrores nocturnos” recurrentes (repitiendo el episodio) y no puede conciliar el sueño porque se siente excesivamente alerta. TW trata de evitar a todos los que hablan de Black Lives Matter (BLM, Las vidas negras importan) y se enfada con rapidez al ver pancartas de BLM en espacios públicos o en las redes sociales. Al Dr. Z le preocupa que la capacidad de TW para regular el estrés intenso siga estando afectada debido a las reacciones de lucha o huida crónicamente intensificadas^{2,3} y no está convencido en absoluto de que TW esté psicológicamente preparado para volver a realizar labores relacionadas con la vigilancia de la comunidad, en particular en el barrio donde TW patrullaba antes del tiroteo.

Durante las últimas sesiones, el Dr. Z ha sugerido a TW que se plantee la posibilidad de volver al servicio, pero no a la vigilancia de la comunidad. TW no ha manifestado su disposición a una transición gradual de vuelta al trabajo y se irrita cada vez más cuando el Dr. Z vuelve a mencionar esta posibilidad. TW responde: “Sé que cree que no estoy preparado porque tengo terrores nocturnos. A lo mejor tengo que dejar de contárselos. No son reales. ¡Solo son sueños! No quiero trabajar con documentos ni hacer un trabajo de oficina. Me siento bien y estoy listo para volver a mi trabajo”. El Dr. Z piensa en cómo responderle.

Comentario

La policía suele pedir a los médicos de salud mental que realicen evaluaciones de aptitud para el trabajo cuando se cuestiona si los agentes pueden desempeñar con seguridad sus requerimientos y deberes laborales. Aunque este tipo de evaluaciones también suscitan preocupaciones sobre la discriminación en el empleo debido a una discapacidad real o percibida^{4,5,6,7,8}(que es sobre todo pertinente en profesiones como las autoridades policiales y la medicina, en las que se ven afectadas las vidas de otras personas^{9,10,11}), los temas de la aptitud para el trabajo y la discriminación en el empleo son diferentes. Es importante destacar que el objetivo de esta evaluación no es tan solo identificar si una persona tiene un trastorno psiquiátrico; se trata de **determinar los riesgos** asociados a los comportamientos de una persona, cómo identificar los comportamientos que podrían ser peligrosos en un tipo de trabajo y si hay formas de mitigar los daños para que una persona pueda volver al trabajo de forma segura. Los objetivos de este comentario son examinar los posibles conflictos y las funciones de los médicos en la realización de las evaluaciones de aptitud para el trabajo y proponer criterios para orientar las decisiones de los médicos sobre la disposición de un agente con traumas para volver a trabajar en la vigilancia de la comunidad.

Posibles conflictos

Una de las cuestiones centrales se refiere a la función de los médicos para equilibrar las necesidades de los pacientes con las de la comunidad. A primera vista, se podría suponer que es una tarea sencilla: las necesidades de uno (el agente) frente a las necesidades de muchos (los miembros de la comunidad). Ahora bien, estas necesidades en realidad no están en conflicto. El principal riesgo que se deriva de que los agentes vuelvan antes de tiempo a su trabajo, tan exigente y con frecuencia de alto riesgo, es para la seguridad mental y física de los propios agentes, no solo de aquellos a los que pretenden proteger. De hecho, las necesidades de los agentes y de las comunidades coinciden.

Otro posible conflicto surge de los médicos que desempeñan dos funciones: principal proveedor de cuidado de la salud mental y juez de la disposición a volver al trabajo. Este caso demuestra los riesgos de esta doble función, ya que el conflicto entre ambas puede **socavar la relación terapéutica** y crear dificultades de comunicación. TW parece creer que la preocupación del Dr. Z sobre su preparación para volver al trabajo se basa únicamente en los síntomas de terror nocturno y expresa una desconfianza que se hace evidente al decir “a lo mejor tengo que dejar de contárselos”. Si las preocupaciones del Dr. Z se basan en otros síntomas, entonces ha habido un fallo de comunicación, así como una pérdida de la relación terapéutica. Por último, no podemos ignorar el contexto. Este caso surge en 2020, cuando existe una **mayor conciencia** de la violencia injusta contra las personas de color, la desconfianza en la policía y niveles muy altos de malestar civil general.^{12,13,14} Las opiniones cada vez más negativas sobre las autoridades policiales han dado lugar a una importante desmoralización de los agentes,^{15,16} que podría afectar a la reacción de TW ante el Dr. Z y, por lo tanto, socavar la relación terapéutica. Debemos reconocer la influencia del contexto social y comprender que, a pesar de los esfuerzos de los médicos por ser imparciales, sus experiencias personales y sus

interpretaciones de los acontecimientos del mundo pueden influir en su juicio. Ni la decisión de estar preparado para volver al trabajo ni la conversación sobre los criterios que se deben utilizar para tomar esta decisión existen por separado. Debemos analizar el caso fuera de las sesiones terapéuticas para estudiarlo plenamente en el contexto social e identificar los criterios que deben orientar las decisiones de los médicos. Respecto a este caso, no tenemos suficiente información para tomar decisiones concretas sobre la relación terapéutica (o la falta de ella), el riesgo de TW para sí mismo o para otros, o su capacidad para volver al servicio activo. A pesar de esto, el caso sienta las bases para discutir sobre los criterios a utilizar en las determinaciones de reincorporación al trabajo y para desarrollar recomendaciones prácticas.

Funciones de los médicos

Para empezar, hay que tener en cuenta cómo los profesionales deben gestionar su aparente doble función como cuidadores de la salud mental y como jueces de la disposición a volver al trabajo. En las relaciones terapéuticas habituales, la función del médico es diagnosticar y tratar, por lo que los médicos deben crear relaciones terapéuticas abiertas y de confianza para que los pacientes los perciban como sus aliados. Cuando un médico también debe valorar a los pacientes con fines no terapéuticos, la confianza podría verse comprometida. Es posible que esta confusión de roles y lealtades percibidas afecte cómo los pacientes interactúan con los médicos: podrían ver al médico como un juez en lugar de un aliado, lo que haría que retuvieran información clave. En consecuencia, siempre que sea posible, los médicos deben tratar de actuar como un solo profesional: como proveedor de atención psiquiátrica o como evaluador para una entidad externa (p. ej., un empleador o una aseguradora). Por el contrario, si los médicos asumen ambas funciones a la vez (p. ej., debido a la falta de recursos en la comunidad), se deben comunicar con claridad y compartir las decisiones para promover los mejores intereses de todos los implicados.

El siguiente paso es analizar el objetivo de la evaluación. Por lo general, los empleadores solicitan a los médicos que evalúen la aptitud de un empleado para volver al trabajo, ya que una reincorporación anticipada podría resultar perjudicial, ya sea para el empleado o para las personas con las que trabaja. En el caso de las lesiones físicas (p. ej., una fractura de un miembro), es bastante sencillo seguir las pautas de tratamiento e identificar cuándo una lesión ha sanado,¹⁷ pero no es tan sencillo en el caso de las lesiones psicológicas. El diagnóstico de un trastorno psiquiátrico o la predicción del desarrollo de síntomas psiquiátricos depende del informe subjetivo del paciente y de las observaciones subjetivas del médico. Ambos factores se pueden ver afectados como consecuencia del contexto cognitivo y emocional. Mediante el desarrollo de una alianza terapéutica y la comprensión conjunta de los riesgos y beneficios de la reincorporación al trabajo, el médico y el paciente suelen colaborar en la búsqueda de una solución sin enfrentar las necesidades de la comunidad con las del paciente. Estos dos aspectos, los riesgos y beneficios de la reincorporación al trabajo y el contexto cognitivo y emocional de la evaluación, se analizan con más detalle a continuación.

Equilibrio de los riesgos

En este caso, un riesgo que se debe evitar es en los miembros de la comunidad: es fácil recordar los últimos reportajes sobre la brutalidad policial, los disparos accidentales y los daños a las comunidades de color.^{15,16,17} La evaluación del riesgo debe estar separada de manera intencionada de las propias creencias del médico.¹⁸ Aunque es fundamental estudiar los daños a nivel de la comunidad y de la sociedad, no podemos pasar por alto el posible daño que puede sufrir el agente al volver al trabajo. Después de una experiencia traumática, si el agente no está preparado para enfrentarse a los recuerdos del trauma, la vuelta al trabajo puede empeorar los síntomas.^{9,19} Además, si los síntomas del agente

resultan en un error perjudicial o mortal, es probable que el agente sufra secuelas negativas de larga duración. Los agentes que matan en el cumplimiento del deber, incluso para proteger su propia vida o la de otros, suelen experimentar culpa y consecuencias negativas a largo plazo.^{20,21,22} Asimismo, cuando los agentes interactúan con personas violentas, toda distracción puede tener consecuencias mortales. En cada caso, los riesgos para la persona, sus colegas y la comunidad serán diferentes, pero se debe contemplar la posibilidad de daño para todos los implicados. Cabe destacar que adoptar una actitud paternalista durante la evaluación es inadecuado, ya que el médico no debe tomar las decisiones de retorno al trabajo por sí solo. Al contrario, el médico debe hablar de sus preocupaciones con el paciente para asegurarse de que este entienda la evidencia que subyace a las reservas que el médico pueda tener sobre la vuelta al trabajo del paciente. La capacidad del médico para ayudar al paciente a entender los posibles riesgos de una reincorporación anticipada al trabajo es un componente esencial del desarrollo de la alianza entre el paciente y el médico. El objetivo es apoyar la autonomía del paciente y que ambas partes estén de acuerdo con el plan de vuelta al trabajo del paciente.

Contexto y estrategias de los síntomas

Aunque los procesos exactos de curación de las lesiones psicológicas son confusos, es posible utilizar la investigación neurocientífica para desarrollar criterios prácticos que determinen la disposición a volver al trabajo. Durante el estrés, el sistema nervioso autónomo activa la reacción de lucha o huida a través del sistema nervioso simpático (SNS), lo que genera los síntomas típicos del estrés (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca).^{20,21} La activación del SNS también afecta al cerebro, lo que provoca una alteración de la funcionalidad en múltiples dominios cognitivos.^{23,24,25} El funcionamiento ejecutivo es una de las vías que más afecta el estrés.^{22,26} El funcionamiento ejecutivo abarca una serie de habilidades cognitivas que permiten a las personas planificar y controlar el comportamiento²⁷; la exposición a factores estresantes agudos puede alterar en gran medida el funcionamiento ejecutivo.²⁸ Si bien pequeñas cantidades de estrés pueden ser beneficiosas, un exceso de estrés incontrolado puede perjudicar la atención y la memoria y hacer que una persona sea más propensa a responder de forma inadecuada.^{23,24,26,29} Además, una persona que ha sufrido un trauma puede experimentar una hiperactivación,²⁵ que puede intensificar los efectos de las situaciones estresantes^{28,30} y aumentar la sensibilidad a los desencadenantes relacionados con el trauma, lo que a su vez puede provocar reacciones impulsivas.^{31,32,33,34}

El estado de ánimo también puede alterar de manera drástica las reacciones inmediatas al estrés. Por ejemplo, un estado de ánimo negativo aumenta la probabilidad de que una persona identifique las situaciones neutras como negativas.^{27,35} La disminución del funcionamiento ejecutivo combinada con un estado de ánimo bajo puede ser muy problemática. En los agentes de policía, la disminución de la memoria de trabajo, sumada a un estado de ánimo negativo, se asocia con una mayor probabilidad de cometer errores al disparar.³⁶ Estos no son los únicos factores neuronales relevantes, pero son clave para estimar el riesgo.

Por suerte, las emociones no definen el comportamiento. Las reacciones emocionales de alto riesgo se deben evaluar en un contexto más amplio de comportamiento y circunstancias. Por más que un paciente se enoje con facilidad, el hecho de que reaccione con enojo en una situación determinada no siempre significa que el enojo sea injustificado o desproporcionado. En realidad, lo importante no es el enojo, sino la reacción del paciente ante el enojo, tanto de inmediato como después de reflexionar. Las personas que han reaccionado con enojo después de un trauma son más propensas a actuar con violencia en el futuro.^{37,38} La conciencia emocional de los pacientes establece

la base de su capacidad para reaccionar de forma constructiva y saludable ante las emociones negativas. Los pacientes que analizan con detenimiento los síntomas, sus causas y cómo mitigarlos demuestran una mayor conciencia emocional. En este caso, TW parece reconocer y verbalizar los desencadenantes (pancartas y publicaciones de BLM), así como las reacciones negativas asociadas (enojo). El siguiente paso sería que el Dr. Z identificara las estrategias positivas (p. ej., la práctica de la atención plena, las habilidades aprendidas durante la terapia cognitivo conductual, la canalización de la energía negativa en actividades no perjudiciales como el ejercicio físico) para controlar las reacciones negativas de TW.

Los mecanismos para afrontar del paciente son otro factor clave para el médico. Ciertos métodos para manejar la angustia emocional (p. ej., los medicamentos) podrían aumentar la probabilidad de un comportamiento impulsivo, dañino y violento.^{31,39} Los pacientes que afrontan los sentimientos negativos con el consumo de sustancias podrían correr un mayor riesgo de dañarse a sí mismos o a los demás al volver al trabajo que aquellos que han desarrollado estrategias positivas de manejo del estrés.^{40,41,42} Por el contrario, buscar apoyo social es un mecanismo de adaptación positivo. El hábito de buscar apoyo en otras personas cuando se experimenta una reacción negativa a un factor desencadenante es un ejemplo de estrategia de adaptación que puede ser positiva. Los pacientes con sistemas de apoyo extrafamiliar sólidos y positivos tienen menos riesgo de desarrollar estrategias de adaptación negativas y de sucumbir al estrés.³² Nadie vive aislado y ninguna experiencia se produce en el vacío, por lo que es preciso tener en cuenta todos los factores individuales, tanto internos como externos.

Por último, los médicos pueden plantearse la posibilidad de recomendar la reincorporación gradual al trabajo si a ellos o al paciente les preocupa la vuelta a las tareas. La reincorporación controlada al entorno que podría ser estresante y desencadenante proporciona al paciente la oportunidad de practicar el control de sus reacciones emocionales, mientras que permite al médico y al paciente observar cómo maneja las tareas laborales y los factores estresantes asociados. La reincorporación gradual no es necesaria para todos los pacientes, pero puede ayudar a algunos a desarrollar la confianza necesaria para sentirse cómodos al volver al trabajo por completo.

Recomendaciones

En el caso de TW no hay suficiente información para tomar una decisión sobre cómo debería responder el Dr. Z en esa situación concreta. No obstante, los conocimientos de neurociencia y psicología permiten elaborar recomendaciones prácticas. Las personas que trabajan en profesiones de alto estrés y riesgo (p. ej., las autoridades policiales) pueden tener ya una base de mayor emoción, de acuerdo con los riesgos del trabajo.^{33,34} Por eso, la evaluación de la reincorporación al trabajo y la aplicación de cualquier recomendación requerirán un análisis más preciso de cada caso. Cada paciente difiere en cuanto a la carga sintomática con la que puede volver al trabajo de manera segura. Asimismo, la forma en que las personas se reincorporan al trabajo puede ser diferente. Los médicos deben contemplar opciones para la reincorporación gradual, que podría consistir en la reducción de las horas o en áreas de patrullaje específicas para minimizar la exposición a los desencadenantes. Cuando la atención se gestiona como corresponde, los pacientes deben reconocer que no existe ningún conflicto entre sus necesidades y las de la comunidad.

Para evaluar el riesgo de que una persona se haga daño a sí misma o a los demás, los médicos deben realizar una revisión exhaustiva del comportamiento y las actitudes del paciente más allá de los síntomas inmediatos; esta revisión debe incluir una evaluación

del comportamiento pasado y reciente, junto con los éxitos y fracasos del paciente sobre el control emocional en múltiples contextos sociales, familiares, laborales y clínicos. Estas recomendaciones se centran en la comunicación, la evaluación y la mitigación de los riesgos.

1. *Comunicación*: el desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica es primordial. Los médicos que asumen la doble función de proveedores de atención de salud mental y de evaluadores de la preparación para la reincorporación al trabajo (lo que no recomendamos) deben tener cuidado y asegurarse de que los pacientes comprendan claramente las implicaciones de su doble función.
2. *Evaluación de riesgos*: los médicos deben evaluar los riesgos para todos los implicados y tener en cuenta los síntomas que puedan indicar un mayor riesgo de daño para el paciente o para otros.
3. *Mitigación de riesgos*: los médicos deben evaluar los factores positivos que podrían mitigar los riesgos identificados. Además de evaluar los factores positivos y negativos, los médicos deben analizar las reacciones pasadas y presentes de los pacientes a los factores de estrés.

Es fundamental que los médicos se comuniquen en forma clara con los pacientes y los hagan participar. Los médicos deben explicar los posibles problemas de la reincorporación al trabajo, incluidos los riesgos tanto para el paciente como para los demás, y ofrecer una explicación clara de su razonamiento y sus planes para la toma de decisiones en el futuro. Los médicos deben trabajar con los pacientes para desarrollar lineamientos mutuos que permitan una reincorporación segura al trabajo, sabiendo que el objetivo es garantizar el bienestar del paciente. Cuando sea posible, invitar a otras personas en las que el paciente confía (p. ej., médicos de salud mental, colegas de apoyo, familiares) puede facilitar estas discusiones. Los médicos deben asegurarse de que este proceso sea colaborativo y respete la autonomía del paciente. Si un médico cree que una decisión es lo mejor para el paciente, pero éste no está de acuerdo, se debe hacer todo lo posible para mejorar la comunicación y asegurarse de que ambas partes comprendan perfectamente los objetivos y las preocupaciones de la otra.

Conclusión

Por lo general, cuando se evalúa la aptitud de un paciente para volver al trabajo lo que es mejor para el paciente y lo que es mejor para la sociedad no están en conflicto. Si verdaderamente los agentes no pueden controlar sus síntomas, entonces volver al servicio regular puede empeorar su salud y ponerlos en una posición en la que reaccionen de manera exagerada ante una amenaza percibida. Si bien la reacción inmediata del Dr. Z en este caso puede ser centrarse en los daños a los civiles y a la sociedad, la vuelta anticipada de TW al trabajo también tendría un impacto negativo en TW y en sus colegas. Los médicos deben reconocer sus propias suposiciones y prejuicios para analizar cómo pueden tomar y comunicar su decisión de modo que sirva a los intereses de la comunidad y de su paciente. De acuerdo con las recomendaciones anteriores, los médicos no se deben mostrar en una posición de confrontación con los pacientes. La autoconciencia y la intencionalidad, así como el análisis más preciso de cada caso, permitirán a los médicos adoptar las mejores prácticas que protejan y apoyen al máximo a todas las partes implicadas.

References

1. Edwards F, Lee H, Esposito M. Risk of being killed by police use of force in the United States by age, race-ethnicity, and sex. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2019;116(34):16793-16798.
2. Witteveen AB, Huizink AC, Slottje P, Bramsen I, Smid T, van der Ploeg HM. Associations of cortisol with posttraumatic stress symptoms and negative life

- events: a study of police officers and firefighters. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(7):1113-1118.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS publication (SMA) 13-4801. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
<https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4816.pdf>
 4. Fredman S. Disability equality: a challenge to the existing anti-discrimination paradigm? In: Emens EF, Stein MA, eds. *Disability and Equality Law*. Routledge; 2017:123-142.
 5. Blake VK, Hatzenbuehler ML. Legal remedies to address stigma-based health inequalities in the United States: challenges and opportunities. *Milbank Q*. 2019;97(2):480-504.
 6. Vornholt K, Villotti P, Muschalla B, et al. Disability and employment—overview and highlights. *Eur J Work Organ Psychol*. 2017;27(1):40-55.
 7. Gold LH, Vanderpool DL, eds. *Clinical Guide to Mental Disability Evaluations*. Springer; 2013.
 8. Gold LH, Anfang SA, Drukteinis AM, et al. AAPL practice guideline for the forensic evaluation of psychiatric disability. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008;36(4)(suppl):S3-S50.
 9. Price M. Psychiatric disability in law enforcement officers. *Behav Sci Law*. 2017;35(2):113-123.
 10. Jones JTR, North CS, Vogel-Scibilia S, Myers MF, Owen RR. Medical licensure questions about mental illness and compliance with the Americans with Disabilities Act. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2018;46(4):458-471.
 11. Mehta SS, Edwards ML. Suffering in silence: mental health stigma and physicians' licensing fears. *Am J Psychiatry Resid J*. 2018;13(11):2-4.
 12. Serchen J, Doherty R, Atiq O, Hilden D. Racism and health in the United States: a policy statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2020;173(7):556-557.
 13. Waldron IRG. The wounds that do not heal: Black expendability and the traumatizing aftereffects of anti-Black police violence. *Equal Divers Incl*. 2020;40(1):29-40.
 14. McCoy H. Black Lives Matter, and yes, you are racist: the parallelism of the twentieth and twenty-first centuries. *Child Adolesc Soc Work J*. 2020;37(5):463-475.
 15. Deuchar R, Crichlow VJ, Fallik SW. Cops in crisis?: ethnographic insights on a new era of politicization, activism, accountability, and change in transatlantic policing. *Policing Soc*. 2020;30(1):47-64.
 16. Marier CJ, Moule RK. Feeling blue: officer perceptions of public antipathy predict police occupational norms. *Am J Crim Justice*. 2019;44(5):836-857.
 17. Buckley R. General principles of fracture care treatment and management. *Medscape*. Updated March 18, 2020. Accessed July 9, 2021.
<https://emedicine.medscape.com/article/1270717-treatment>
 18. Moses TEH. Erasing trauma: ethical considerations to the individual and society. *AJOB Neurosci*. 2019;10(3):145-147.
 19. Boysen GA. Evidence-based answers to questions about trigger warnings for clinically-based distress: a review for teachers. *Scholarsh Teach Learn Psychol*. 2017;3(2):163-177.
 20. Ulrich-Lai YM, Herman JP. Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. *Nat Rev Neurosci*. 2009;10(6):397-409.
 21. Goldstein DS, McEwen B. Allostasis, homeostats, and the nature of stress. *Stress*. 2002;5(1):55-58.

22. Shields GS, Bonner JC, Moons WG. Does cortisol influence core executive functions? A meta-analysis of acute cortisol administration effects on working memory, inhibition, and set-shifting. *Psychoneuroendocrinology*. 2015;58:91-103.
23. Lupien SJ, Maheu F, Tu M, Fiocco A, Schramek TE. The effects of stress and stress hormones on human cognition: implications for the field of brain and cognition. *Brain Cogn*. 2007;65(3):209-237.
24. Qi M, Gao H, Liu G. Effect of acute psychological stress on response inhibition: an event-related potential study. *Behav Brain Res*. 2017;323:32-37.
25. Weston CSE. Posttraumatic stress disorder: a theoretical model of the hyperarousal subtype. *Front Psychiatry*. 2014;5:37.
26. Shields GS, Sazma MA, Yonelinas AP. The effects of acute stress on core executive functions: a meta-analysis and comparison with cortisol. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;68:651-668.
27. Bovy L, Berkers RMWJ, Pottkämper JCM, et al. Transcranial magnetic stimulation of the medial prefrontal cortex decreases emotional memory schemas. *Cereb Cortex*. 2020;30(6):3608-3616.
28. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, et al. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(11):769-787.
29. Schoofs D, Wolf OT, Smeets T. Cold pressor stress impairs performance on working memory tasks requiring executive functions in healthy young men. *Behav Neurosci*. 2009;123(5):1066-1075.
30. Zukerman G, Fostick L, Ben-Itzhak E. Early automatic hyperarousal in response to neutral novel auditory stimuli among trauma-exposed individuals with and without PTSD: an ERP study. *Psychophysiology*. 2018;55(11):e13217.
31. Duke AA, Smith KMZ, Oberleitner LMS, Westphal A, McKee SA. Alcohol, drugs, and violence: a meta-meta-analysis. *Psychol Violence*. 2017;8(2):238-249.
32. Klinger D. Police responses to officer-involved shootings. *Natl Inst Justice J*. 2006;(253):21-24. Accessed March 6, 2021. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/police-responses-officer-involved-shootings-0>
33. Shane JM. Organizational stressors and police performance. *J Crim Justice*. 2010;38(4):807-818.
34. Arble E, Daugherty AM, Arnetz B. Differential effects of physiological arousal following acute stress on police officer performance in a simulated critical incident. *Front Psychol*. 2019;10:759.
35. De Raedt R, Koster EHW. Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: a reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2010;10(1):50-70.
36. Kleider HM, Parrott DJ, King TZ. Shooting behaviour: how working memory and negative emotionality influence police officer shoot decisions. *Appl Cogn Psychol*. 2009;24(5):707-717.
37. Blakey SM, Love H, Lindquist L, Beckham JC, Elbogen EB. Disentangling the link between posttraumatic stress disorder and violent behavior: findings from a nationally representative sample. *J Consult Clin Psychol*. 2018;86(2):169-178.
38. Poldrack RA, Monahan J, Imrey PB, et al. Predicting violent behavior: what can neuroscience add? *Trends Cogn Sci*. 2018;22(2):111-123.
39. de Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol*. 2009;14(1):22-31.
40. Edwards KL, Eaton-Stull YM, Kuehn S. Police officer stress and coping in a stress-awareness era. *Police Q*. 2021;24(3):325-356.
41. Weiss NH, Tull MT, Sullivan TP, Dixon-Gordon KL, Gratz KL. Posttraumatic stress disorder symptoms and risky behaviors among trauma-exposed inpatients with substance dependence: the influence of negative and positive urgency. *Drug Alcohol Depend*. 2015;155:147-153.

42. Ahonen L, Loeber R, Brent DA. The association between serious mental health problems and violence: some common assumptions and misconceptions. *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(5):613-625.

Tabitha E. H. Moses, MS es candidata a MD/PhD en el Programa de Neurociencia Traslacional de la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Wayne en Detroit, Michigan. Sus intereses académicos y de investigación se centran en la salud mental y en los trastornos por consumo de sustancias, incluidos los mecanismos neuronales, la reducción de daños y el tratamiento, la educación médica, la política y la ética.

Arash Javanbakht, MD es psiquiatra y director de la Clínica de Investigación de Estrés, Trauma y Ansiedad de la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Wayne en Detroit, Michigan. Su trabajo clínico se centra sobre todo en la ansiedad y el estrés traumático en civiles, personal de primera intervención, personal de las autoridades policiales, refugiados y víctimas de la tortura y el tráfico de personas. Investiga los indicadores medioambientales y neurobiológicos del riesgo y la resiliencia entre los refugiados sirios y sus familias, la neurobiología de la psicoterapia y los usos de la realidad aumentada y la telemedicina en la terapia.

Nota del editor

El caso al que este comentario es una respuesta fue desarrollado por el personal editorial.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(2):E111-119.

DOI

10.1001/amajethics.2022.111.

Agradecimientos

La beca 1F30DA052118-01A1 del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Institutos Nacionales de la Salud (Moses) financió este proyecto.

Información de conflictos de intereses

Tabitha Moses es una representante estudiantil no remunerada de la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Estado de Michigan. El Dr. Javanbakht no tenía conflictos de intereses que revelar.

Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.

Copyright 2022 American Medical Association. Todos los derechos reservados.
ISSN 2376-6980