
EVALUACIÓN DEL INSOMNIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA SUICIDIO

EVALUATION OF INSOMNIA AS A RISK FACTOR FOR SUICIDE

Franklin Escobar-Córdoba^{1,2}, Margarita Quijano-Serrano¹, José Manuel Calvo-Gómez¹

Resumen

Objetivo: realizar una revisión no sistemática de la literatura para describir la relación entre insomnio y suicidio y los hallazgos de dichos estudios.

Método: se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Medline, SciELO, LILACS, OVID y Cochrane Library combinando los términos MESH: "Suicide AND sleep initiation and maintenance disorders".

Resultados: el insomnio se ha asociado a ideas suicidas, intentos y muertes por suicidio en estudios poblacionales desde hace varios años. El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo.

Discusión: Existen varios factores de riesgo para suicidio; algunos no son modificables, como la edad, el género masculino y etnicidad caucásica. Otros potencialmente modificables como síntomas de depresión, abuso de sustancias y alteraciones del sueño. Entre dichas perturbaciones, el insomnio ha sido el síntoma más comúnmente asociado al suicidio. De hecho se ha considerado que el insomnio es el predictor más potente de intentos de suicidio letales que la existencia misma de un plan específico para cometer suicidio.

Conclusiones: Se destaca la importancia para los médicos de detectar y evaluar con detenimiento el insomnio como un signo de alarma y factor de riesgo para suicidio, sin importar, el motivo de consulta de los pacientes.

Palabras claves: Suicidio, Intento de Suicidio, Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño, Sueños, Trastornos por Excesiva Somnolencia (DeCS).

Abstract

Objective: Perform a non-systematic review of the literature to describe the relationship between insomnia and suicide and the findings of these studies.

Methods: A search was conducted in PubMed, Medline, SciELO, LILACS, and Cochrane Library OVID data combining MeSH terms: "Suicide and sleep initiation and maintenance disorders".

Results: Insomnia has been related to suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in cross

1. Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá – Facultad de Medicina - Departamento de Psiquiatría – Bogotá, D.C. – Colombia.

2. Fundación Sueño Vigilia Colombiana. Bogotá, D.C. – Colombia.

Correspondencia: Prof. F. Escobar-Córdoba. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Oficina 202, Facultad de Medicina, Campus Universitario, Bogotá, D.C. - Colombia. Teléfono: 3165000 Extensión: 15117-15187, Telefax: 57 (1) 6036282. Correo electrónico: feescobar@unal.edu.co

sectional studies since more than a decade. Suicide is one of the main causes of death.

Discussion: There are multiple risk factors for committing suicide; some are unmodifiable, such as age, male gender and Caucasian ethnicity; and others are potentially modifiable, such as symptoms of depression, substance abuse and sleep disturbances. Among these disturbances, insomnia has been proven to hold a stronger relation to suicide attempts and deaths, although nightmares have also been associated. Actually, insomnia is considered a stronger predictor of lethal suicide attempts than the presence of a suicide plan.

Conclusions: Here lays the importance of why physicians must learn to detect and evaluate insomnia as a sign of alarm and a risk factor for suicide, no matter what illness the patient suffers from.

Key Words: Suicide, Suicide Attempted, Sleep Initiation and Maintenance Disorders, Dreams, Disorders of Excessive Somnolence (MeSH).

Introducción

El insomnio es el síntoma asociado a las alteraciones del sueño más prevalente, sin embargo, tan solo el 5% de las personas consultan a los servicios de salud por este motivo. Generalmente, se observa como una condición asociada a otras entidades, y en muchas consultas médicas es un síntoma que pasa desapercibido, ya sea por la falta de exploración por parte del médico o la mayor importancia que le da el paciente a otros síntomas ⁽¹⁾.

La queja de la mala calidad del sueño y la sensación de un descanso insuficiente al dormir debe ser un signo de alarma para el médico tratante de cualquier especialidad. Se estima que en los Estados Unidos el 36% de los adultos mayores de 18 años sufren de trastornos del sueño, 27% de manera esporádica y 9% de forma crónica ⁽²⁾. La prevalencia del insomnio en hombres es 30%, en mujeres 40% y en personas mayores de 65 años 50% ⁽³⁾, siendo el 10% catalogado como insomnio de tipo grave, que requiere tratamiento y valoración en un centro de sueño.

Las personas que sufren de insomnio presentan un menor rendimiento laboral, alteraciones en funciones cognitivas como la atención y la memoria, mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas y comorbilidad con depresión. Además, se ha sugerido que la queja de insomnio se puede mostrar como un marcador precoz de psicopatología, ansiedad generalizada, depresión o abuso de alcohol ⁽²⁾. También se ha visto asociado

a enfermedades cardiovasculares, respiratorias y psiquiátricas principalmente. Se han relacionado como factores de mayor prevalencia el género femenino, la presencia de psicopatología, enfermedades médicas, abuso de sustancias psicoactivas y edad avanzada ⁽³⁾.

El insomnio se define como la incapacidad para iniciar el sueño y mantenerlo, la mala calidad o la poca duración del mismo con un mal funcionamiento diurno. Este síntoma repercute directamente sobre el estado anímico de quien lo padece, manifestándose con irritabilidad, cansancio, cefalea, alteraciones del apetito, propensión a los accidentes, o dificultad para atender y concentrarse en tareas sencillas. Se clasifica según la etiología, duración, gravedad y naturaleza. Según se conozca o no la etiología se llama primario o secundario. Cuando tiene una duración de pocos días o algunas semanas se considera agudo y más de tres meses de duración se cataloga como crónico. De acuerdo con la gravedad se puede clasificar en leve, moderado o severo. Con respecto a la naturaleza, si ocurre al inicio del dormir se considera insomnio de conciliación; cuando sucede varias veces durante la noche se denomina insomnio de despertares múltiples; y si se presenta antes de despertar, durante la madrugada, se llama insomnio de despertar temprano ⁽²⁾.

Existen dos estructuras neuroanatómicas fundamentales en el ciclo de sueño y vigilia, el centro del sueño y centro de la vigilia, situados respectivamente en la parte anterior y parte posterior del

hipotálamo⁽⁴⁾. El centro del sueño en particular se localiza en el núcleo ventrolateral preóptico del hipotálamo, los núcleos grises posteriores del tallo cerebral, que se conectan con la corteza cerebral y el has medial frontal. En este lugar se induce el sueño, principalmente gracias a la actividad de los núcleos grises del rafe dorsal que secretan serotonina y del núcleo de la formación reticular productor de acetilcolina⁽²⁾. La síntesis y liberación de serotonina dependen de la existencia de precursores de L-triptófano, que reduce el tiempo de latencia del sueño y los despertares nocturnos, mientras que su disminución se relaciona con un acortamiento del sueño R. Se ha observado insomnio crónico en lesiones del núcleo dorsal del rafe con disminución de los niveles de serotonina. El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo, alcanzando tasas de 10-14 por cada 100.000 personas al año. En Colombia se estima que a diario se llevan a cabo alrededor de seis suicidios (ref). Ante esta problemática, se han planteado varias estrategias. La identificación de los factores de riesgo modificables y la intervención oportuna por parte de los profesionales de salud podría causar un fuerte impacto en las cifras. Hasta el momento se han publicado cerca de 26 artículos en la literatura médica que relacionan las alteraciones del sueño con ideación o actos suicidas en población adulta. Cuatro de esos 26 estudios evaluaron la asociación entre alteraciones del sueño y muerte por suicidio. El insomnio fue la alteración del sueño más fuertemente asociada al suicidio⁽¹⁾. Esto lleva a considerar la importancia de indagar con mayor profundidad el síntoma del insomnio como un posible indicador de una problemática mayor.

El propósito de esta revisión no sistemática de la literatura es describir la relación entre el insomnio y el suicidio y los hallazgos de dichos estudios.

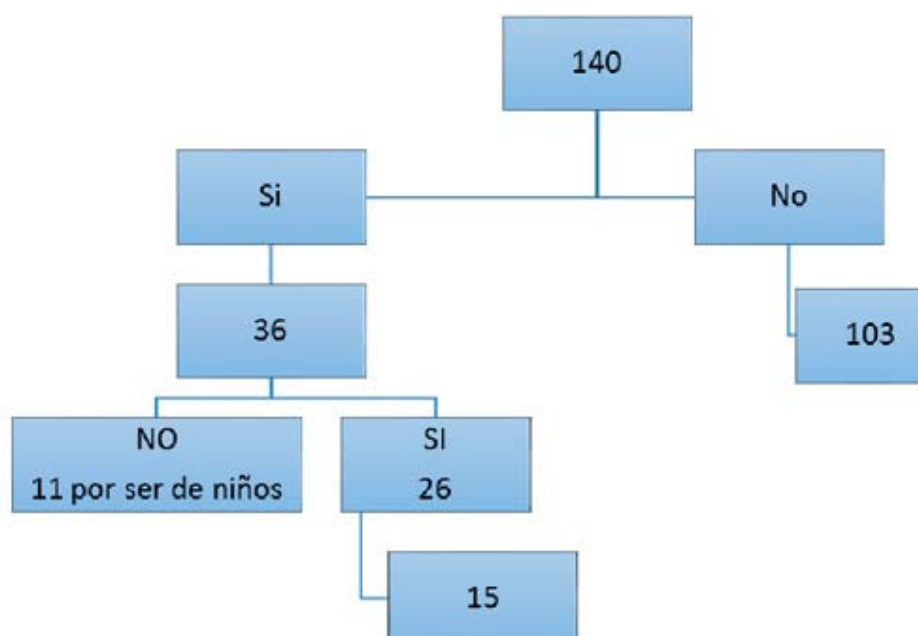
Materiales y Métodos

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Medline, SciELO, LILACS, OVID y Cochrane Library combinando los términos MESH: "Suicide AND sleep initiation and maintenance disorders" con 140 resultados; en la fecha 27/05/2016, se examinaron los resúmenes y se escogieron los artículos relevantes para el fin de la revisión.

Se hallaron publicados cerca de 37 artículos que relacionan las alteraciones del sueño con ideación o actos suicidas, entre los cuales hay 11 en niños y adolescentes y 26 estudios en adultos, de estos se seleccionaron 15 artículos resumidos en la Tabla 1.

Resultados

En la búsqueda realizada se hallaron 37 estudios con metodología cuantitativa que evaluaron las alteraciones en los parámetros cognitivos y en el desempeño clínico y/o quirúrgico como consecuencia de privación de sueño, con base en estos se construyó una tabla fundamentada en la lectura crítica de los estudios seleccionados y se calificaron los artículos según los Niveles de Evidencia del Centro para Medicina Basada en la Evidencia de Oxford⁽⁵⁾ Figura 1. Algunos de esos estudios evaluaron la asociación entre alteraciones del



sueño y muerte por suicidio, demostrando un riesgo relativo de 2.4⁽⁶⁾. El insomnio fue la alteración del sueño más fuertemente asociada al suicidio, y

Autor/ Año	Población	Diseño del Estudio y N	Alteración del Sueño	Desenlace	Nivel de Evidencia
Barraclough et al, 1975	Suicidas vs. Pacientes deprimidos*	Estudio Transversal (N=192)	Insomnio	Muerte por suicidio	III
Fawcett et al, 1990	Pacientes deprimidos	Cohorte Prospectiva (N=954)	Insomnio	Muerte por suicidio	IIb
Agargun et al, 1997	Pacientes deprimidos	Cohorte Comparativa, transversal (N=113)	Insomnio y Somnolencia Diurna Excesiva	Ideación suicida	IIb
Tanskanen et al, 2001	Encuesta	Cohorte Prospectiva (N=36.211)	Pesadillas	Muerte por suicidio	III
Turvey et al, 2002	Encuesta	Cohorte Prospectiva (N=14.456)	Insomnio	Muerte por suicidio	III
Smith et al, 2004	Pacientes con dolor crónico	Cohorte Prospectiva, transversal (N=51)	Insomnio	Ideación suicida	IIb
Bernert et al, 2005	Pacientes psiquiátricos*	Estudio Transversal (N=176)	Insomnio y pesadillas	Ideación suicida	III
Chellapa et al, 2007	Pacientes deprimidos*	Estudio Transversal (N=70)	Insomnio	Ideación suicida	III
Sjostrom et al, 2007	Intentos de suicidio	Estudio Transversal (N=165)	Insomnio y pesadillas	Intento de suicidio previo	III
Goodwin et al, 2008	Encuesta	Estudio Transversal (N=8.098)	Sueño corto	Ideación e intentos suicidas	III
McCall et al, 2010	Pacientes deprimidos	Estudio Clínico, aleatorizado (N= 60)	Insomnio	Ideación suicida	Ib
Tang et al, 2011	Pacientes con ACV	Estudio Transversal (N=787)	Insomnio	Ideación suicida	III
Carli et al, 2011	Prisioneros	Cohorte Retrospectiva (N=1.420)	Insomnio	Intento de suicidio previo e ideación suicida actual	IIb
Klimkiewickz et al, 2012	Pacientes en tratamiento para dependencia al alcohol	Cohorte Prospectiva (N=304)	Insomnio	Ideación suicida	IIb
Chakravorty et al, 2014	Veteranos que abusan del alcohol	Estudio Retrospectivo (N=161)	Insomnio	Ideación suicida	IIb
Chakravorty et al, 2015	Encuesta	Estudio Transversal (N=6.228)	Insomnio	Ideación suicida	I

* Consulta ambulatoria

** Pacientes hospitalizados

Adaptado de Vaughn McCall W, Blocker J, D'Agostino R, Kimball J, Boggs N, Lasater B, et al. Insomnia severity is an indicator of suicidal ideation during a depression clinical trial. *Sleep Medicine*. 2010;11:822–27.

en menor proporción la presencia de pesadillas⁽⁷⁾. Entre los estudios más destacados se encuentra el de Agargun et al (nivel IIb), quien estudió alteraciones relacionadas con el sueño en pacientes con depresión mayor, aplicando la escala de evitación y malestar social (SADS), y los ítem de suicidio para determinar la severidad del pensamiento suicida. El estudio evidenció que los pacientes con somnolencia diurna excesiva (SDE) e insomnio tenían puntuaciones más altas ($p < 0.05$) en los ítem de suicidio que los pacientes que no

tenían alteraciones en el patrón de sueño, y que eran más proclives a cometer suicidio ($p < 0.001$) que los pacientes con depresión mayor que no tenían alteraciones en el sueño⁽⁸⁾. También es relevante mencionar el estudio de Tanskanen et al (nivel III), que realizó un seguimiento de personas entre 25-64 años (N=36.211). Por medio de un cuestionario evaluaron, entre otros, factores socioeconómicos, historia médica, factores psicosociales, y elementos de la calidad de vida, incluyendo la incidencia de pesadillas, y

les realizaron un examen médico. Entre los resultados encontraron que las pesadillas tenían una relación directa con los suicidios. En aquellos que presentaban pesadillas ocasionales el riesgo de suicidio se estimó en un 57%, mientras que aquellos que sufrían de pesadillas frecuentes tenían un riesgo hasta 105% mayor de suicidio comparado con las personas que no sufrían de pesadillas⁽⁹⁾. Asimismo, el trabajo de Turvey et al (nivel III) analizó una población de adultos mayores (N=14.456), que se sometió a un estudio epidemiológico en el cual se recopiló información acerca de las variables demográficas, la existencia de un confidente, el uso de alcohol, la calidad del sueño, y se determinó el funcionamiento físico, cognitivo y situación afectiva de los sujetos. Durante el seguimiento de 10 años, 21 personas cometieron suicidio. Ellos habían reportado como hallazgos positivos durante el estudio una pobre percepción de su propia salud, mala calidad del sueño y la ausencia de confidente o amigo cercano⁽¹⁰⁾.

Smith et al (nivel IIb) por otra parte, realizó un estudio en pacientes con dolor crónico no oncológico (N=51), aplicó el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, el cuestionario de Beck para depresión y el inventario multidimensional del dolor. Clasificaron a los sujetos entre "con ideación suicida" o "sin ideación suicida", basados en su respuesta al ítem 9 del cuestionario de Beck, 24% de los pacientes reportaron ideación suicida sin gesto ni intento, y estos a su vez reportaron mayor incidencia de insomnio, severidad del dolor, sintomatología depresiva y uso de medicamentos. Los pacientes con dolor crónico que reportaron insomnio frecuente y severo, presentaban una mayor repercusión en su funcionamiento diario, aumento de la intensidad del dolor e ideación suicida, independientemente de la severidad de la depresión⁽¹¹⁾.

Bernert et al (nivel III) llevó a cabo un trabajo en pacientes (N=176), realizó mediciones para determinar alteraciones del sueño como insomnio, pesadillas, síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS); ideación suicida y depresión. Entre los hallazgos se reveló una relación entre las pesadillas con depresión e ideación suicida. El SAHOS se relacionó con síntomas depresivos, más no con ideación suicida. Según los autores, al controlar los síntomas depresivos sólo

las pesadillas mostraron una relación directa con la ideación suicida ($p=0.04$)⁽¹²⁾.

También, Chellapa et al (nivel III) estudió pacientes con trastorno depresivo mayor, a los cuales les aplicó el cuestionario de hábitos de sueño y la escala de ideación suicida de Beck (EIS). Por medio del análisis estadístico de los resultados, se comprobó que los pacientes deprimidos tenían una puntuación más alta en la EIS (6.12 ± 2.67), principalmente para ideación suicida (1.61 ± 0.39) y componentes de planeación suicida (1.51 ± 0.40). Los pacientes deprimidos con insomnio tenían puntajes más altos (7.39 ± 2.84), que los pacientes deprimidos con SDE (3.68 ± 1.73). También se observó que los pacientes con insomnio tenían puntajes elevados en los siguientes componentes: ideación suicida activa, planeación suicida e intentos suicidas previos. Por esta razón, se llamó la atención sobre la necesidad de crear una herramienta más eficaz para determinar el riesgo de suicidio en pacientes deprimidos⁽¹³⁾.

Sjostrom et al (nivel III), realizó un estudio con el fin de determinar la prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con intentos de suicidio, y examinar la relación entre ambos factores. Se reclutaron pacientes (N=165) entre 18 y 68 años, en los que se efectuaron entrevistas clínicas, se aplicó la escala de establecimiento de suicidalidad, el inventario de sueño de Uppsala y la escala de autoreporte para síndromes afectivos. El 89% de los sujetos reportaron algún trastorno del sueño, siendo el más común el insomnio de conciliación (73%), también se reportaron pesadillas (66%), demostrando un aumento en el riesgo de suicidio hasta de 5 veces. El estudio hizo énfasis en la necesidad de indagar sobre problemas asociados al sueño y la presencia de pesadillas en pacientes con intentos de suicidio⁽¹⁴⁾.

Por otra parte, Goodwin et al (nivel III) realizó un estudio en (N=8.098) personas en las cuales indagó acerca de las horas de sueño y la ideación e intentos suicidas, en los últimos 12 meses. Las escasas horas de sueño incrementaron de manera estadísticamente significativa la probabilidad de ideación suicida (OR=2.5, 95%CI=1.6-3.9) y los intentos suicidas (OR=3.0, 95%CI=1.4-6.4). El sueño corto muestra una relación directa y significativa con ideación e intentos suicidas, independiente de los efectos de enfermedad mental

concomitante⁽¹⁵⁾.

Igualmente, Carli et al (nivel IIb) llevó a cabo un trabajo en (N=1.420) prisioneros, a quienes les realizó una entrevista psiquiátrica semiestructurada, incluyendo la escala de depresión de Hamilton (EDH), el cuestionario de traumas en la infancia, y el cuestionario de personalidad de Eysenck, entre otros. Los resultados demostraron que 568 (61.2%) de los prisioneros sufrían de insomnio y 183 (12.8%) tenían historia de intentos de suicidio. Los análisis comprobaron que el insomnio es un factor significativo e independiente en la historia de intentos suicidas. También se encuentra relacionado a la ideación suicida en el momento. Por esta razón, determinar la existencia del insomnio puede contribuir a detectar prisioneros con alto riesgo de cometer suicidio⁽¹⁶⁾.

Recientemente, McCall et al (nivel Ib) realizó un estudio clínico aleatorizado, en 60 pacientes con episodios de depresión mayor y síntomas de insomnio, de los cuales un grupo recibió fluoxetina y el otro fue tratado con eszopiclona. Los síntomas de insomnio se determinaron con el índice de severidad del insomnio, y la ideación suicida se midió con la EIS. Los síntomas depresivos se midieron con la EDH-24, y algunos ítems de la EDH-20. Los niveles de insomnio se correlacionaron de manera estadísticamente significativa con la intensidad de la ideación suicida ($p < 0.01$), así como los síntomas depresivos ($p < 0.001$). El ítem de anhedonia de las escalas referidas no se relacionó con ideación suicida. Esta información demuestra que el insomnio puede ser utilizado como indicador de ideación suicida, lo cual es útil para alertar a los profesionales de la salud en los casos de pacientes que sufran de depresión y reporten insomnio, para indagar acerca de ideación suicida⁽¹⁷⁾.

Además, Tang et al (nivel III) realizó un trabajo en (N=787) pacientes con antecedente de ataque cerebrovascular isquémico reciente, con el propósito de evaluar la relación entre insomnio e ideación suicida en esta población, mediante el Examen del Estado Mental Geriátrico y una escala para medir insomnio. 87 (11.1%) de los sujetos presentaba ideación suicida y se evidenció una mayor frecuencia de insomnio de múltiples despertares en este grupo que en el de los pacientes sin ideación suicida (odds ratio 1.7)⁽¹⁸⁾.

Por otra parte, Klimkiewickz et al (nivel IIb) realizó un trabajo en (N=304) pacientes en programas de tratamiento para dependencia al alcohol. Se realizó un registro de las características demográficas, frecuencia de consumo, síntomas psiquiátricos, ideación suicida y se midió la presencia de insomnio con la Escala de Insomnio de Atenas (AIS), al mes de tratamiento, y el Cuestionario de Trastornos del Sueño (SDQ-7), a los 6 meses. Se estudió la relación entre insomnio e ideación suicida utilizando modelos de regresión logística. Se logró establecer una asociación entre trastornos del sueño e ideación suicida por medio de la AIS de AOR=2.01 (95%CI=1.50-2.70); y de 1.73 (95%CI=1.29-2.31) al realizar la medición con SDQ-7. De esta manera se evidenció la relación entre la severidad del insomnio y la ideación suicida⁽¹⁹⁾.

Chakravorty et al (nivel I), revisaron en una muestra de los Estados Unidos (≥ 18 años de edad, N=6,228) la posible relación entre el insomnio y la ideación suicida. Los participantes de este estudio pertenecían al estudio NHANES 2007-2008, una encuesta realizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para obtener informes de las características sanitarias y nutricionales de los niños y adultos. Se llevaron a cabo los procedimientos de muestreo y ponderación para garantizar la generalización a la población estadounidense. La ideación suicida se evaluó con el ítem de la encuesta, "En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado por el siguiente problema: pensamientos que estarían mejor muertos o de daño de alguna manera?" Las respuestas fueron categorizadas como "no en absoluto", "varios días", "más de la mitad de los días", o "casi todos los días".

En los resultados de los análisis arrojó que el insomnio global se asoció con un mayor nivel de ideación suicida. En cuanto a los síntomas del insomnio específicas, el aumento de la ideación suicida se asoció con dificultad para quedarse dormido (a veces, a menudo, o casi siempre), dificultad para mantener el sueño (a veces, a menudo, o casi siempre), y los primeros despertares por la mañana. Un mayor riesgo de ideación suicida se asoció con los extremos de la duración del sueño. Para la discusión se argumenta que en general, se ha encontrado consistentemente que

el insomnio se asocia con mayor nivel de ideación suicida. De los tres tipos de insomnio, se encontró que la dificultad para mantener el sueño es el más predictivo de ideación suicida, seguido por la dificultad para iniciar el sueño.

En otro estudio también realizado por Chakravorty et al (nivel IIb), se evaluó la relación que existía entre el insomnio y la ideación suicida en un grupo de veteranos que abusaban del alcohol (N=161). Para esto se utilizó el cuestionario de Paykel para la evaluación de la ideación suicida y los síntomas del insomnio fueron evaluados con preguntas estándar en formato de entrevista donde se indagó sobre la latencia del sueño, el despertar después de estar dormido, tiempo de inicio del sueño, la calidad del sueño, y la duración habitual del sueño. Para los resultados, se encontró que los sujetos que manifestaron la presencia de ideación suicida durante el último año tuvieron significativamente más problemas financieros, más síntomas de insomnio, menor duración del sueño y una mayor prevalencia de los trastornos psiquiátricos, el uso de drogas y síntomas de dolor en la última semana.

Para la discusión se resalta que los veteranos cuya duración del sueño era menor, eran más propensos a tener síntomas de ideación suicida en comparación con aquellos con una duración normal o más larga del sueño. Además, los síntomas de dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantener el sueño, y una mala calidad del sueño, se asociaron con mayores niveles de ideación suicida. Otros predictores significativos de ideación suicida durante el último año, fueron la presencia de síntomas psiquiátricos y la situación financiera del paciente.

Discusión

Actualmente, las estrategias para prevenir el suicidio y tratar la ideación suicida están lejos de mostrar un efecto satisfactorio. Aunque existen muchos medicamentos que pueden servir de ayuda y se han desarrollado varias terapias para estos pacientes, el punto cardinal es la identificación de los factores de riesgo, entre los cuales el insomnio, a pesar de su fuerte asociación, ha sido ignorado frecuentemente.

La revisión de la literatura muestra una asociación importante entre la presencia de insomnio y

la fenomenología clínica relacionada con el suicidio (ideación, intentos, suicidio), constituyéndose este síntoma como un factor importante a tener en cuenta en la evaluación del riesgo de suicidio en un paciente dado.

Se cree que la relación entre insomnio y pacientes con ideas de suicidio, en su mayoría deprimidos, se basa en los niveles disminuidos de serotonina, neurotransmisor involucrado tanto en el inicio del sueño como en el riesgo de impulsividad y conducta violenta⁽⁶⁾. Teniendo en cuenta este hecho, es posible afirmar que el insomnio puede no llevar a suicidio como tal, pero sí sería un indicador de los bajos niveles de serotonina. Hay evidencia de la asociación que existe entre una corta latencia del sueño R, aumento de la actividad R y los pensamientos suicidas⁽²¹⁾.

La intervención terapéutica en el insomnio ha sido establecida desde hace varios años, con una gran evidencia de su indicación en pacientes deprimidos con este síntoma y aquellos que sufren de pesadillas. La evaluación de un paciente con insomnio requiere, en primera instancia, una historia clínica completa que incluya una anamnesis minuciosa y detallada que describa los hábitos de vigilia y sueño. También es útil interrogar a la persona con la cual duerme el paciente, ya que pueden existir alteraciones del sueño de las cuales el paciente no se percata, como ronquidos, sonambulismo o movimientos anormales de las extremidades durante la noche, entre otros. Esto puede llevar a que el compañero de cama o de habitación padezca insomnio secundario⁽²⁾.

Existen múltiples tratamientos para el insomnio, cuya base es la instauración de una higiene del sueño adecuada, frecuentemente menospreciada por los mismos médicos tratantes. En cuanto al tratamiento farmacológico, se incluyen benzodiazepinas, hipnóticos no benzodiazepínicos, antihistamínicos, antidepresivos y neurolépticos. Entre el tratamiento no farmacológico se encuentran las terapias comportamentales y psicológicas, siendo la terapia comportamental combinada la de mayor evidencia médica. Varios tratamientos nuevos incluyen la luminoterapia, la cronoterapia y la melatonina. La terapia de elección depende de la causa y del caso específico de cada paciente. Los antidepresivos sedantes se pueden utilizar en cualquier paciente deprimido. Los hipnóticos

no benzodiacepínicos presentan dependencia más baja que las benzodiazepinas y son bien tolerados, con pocos efectos secundarios. Los neurolépticos se han considerado como una medida extrema y desproporcionada para el tratamiento del insomnio⁽¹⁾.

Conclusiones

En conclusión, conocida la relación entre el insomnio y el suicidio, que sustentada en evidencia médica es cada vez más clara, es importante que los médicos tengan en cuenta la relevancia de este síntoma y evalúen otros posibles factores de riesgo para ideación y muerte suicida. De esta manera, se puede realizar una intervención oportuna y pertinente para disminuir la morbimortalidad en este tipo de pacientes. Igualmente, si se considera la diversidad de condiciones en las cuales se presenta la ideación suicida asociada al insomnio, sería importante realizar estudios clínicos evaluando esta causalidad en varias poblaciones.

Conceptos claves

- El insomnio es el síntoma asociado a las alteraciones del sueño más prevalente.
- El insomnio se define como la incapacidad para iniciar el sueño y mantenerlo, la mala calidad o la poca duración del mismo con un mal funcionamiento diurno.
- La queja de la mala calidad del sueño y la sensación de un descanso insuficiente al dormir debe ser un signo de alarma para el médico tratante de cualquier especialidad.
- El insomnio repercute directamente sobre el estado anímico de quien lo padece, manifestándose con irritabilidad, cansancio, cefalea, alteraciones del apetito, propensión a los accidentes, o dificultad para atender y concentrarse en tareas sencillas.
- El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo, alcanzando tasas de 10-14 por cada 100.000 personas al año.
- El insomnio fue la alteración del sueño más fuertemente asociada al suicidio
- Se cree que la relación entre insomnio y pacientes con ideas de suicidio, en su mayoría deprimidos, se basa en los niveles disminuidos de serotonina, neurotransmisor involucrado tanto en el inicio del sueño como en el riesgo de impulsividad y conducta violenta.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Financiación: Ninguna.

Agradecimientos: Ninguno

Referencias

1. Escobar-Córdoba F. Medicina del Sueño. Una Nueva Especialidad. Rev Fac Med. 1999; 47(1):26-31.
2. Escobar-Córdoba F; Echeverry-Chabur J; Lorenzana-Pombo P. Evaluación Clínica del Insomnio 1ª Parte. Rev Fac Med. 2001;49(2):81-88.
3. Escobar-Córdoba F; Echeverry-Chabur J; Lorenzana-Pombo P. Tratamiento Farmacológico del Insomnio 2ª Parte. Rev Fac Med. 2001;49(3):149-154.
4. Vincent JD. Viaje Extraordinario al Centro del Cerebro. Ed. Anagrama. Barcelona, 2009.
5. Manterola C, Zavando D. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. Rev Chil Cir. 2009;61(6):582-595.
6. Vaughn McCall W, Blocker J, D'Agostino R, Kimball J, Boggs N, Lasater B, et al. Insomnia severity is an indicator of suicidal ideation during a depression clinical trial. Sleep Med. 2010;11:822-827.
7. Bernert R, Joiner T. Sleep disturbances and suicide risk: A review of the literature. Neuropsychiatr Dis Treat. 2007;3(6):735-743.
8. OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (Uploaded May 2016). Disponible desde: URL:http://www.cebm.net/index.apx?o=5653.
9. Rueda M, Díaz LA, Osuna E. Definición, prevalencia y factores de riesgos de insomnio en la población general. Rev Fac Med. 2008;56(3):222-34.
10. Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. J Clin Psychiatry. 1997;58(6):249-51.
11. Tanskanen A, Tuomilehto J, Vijnamaki H. Nightmares as predictors of suicide. Sleep. 2001;24(7):844-7.
12. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. J Geriatr Psychiatry. 2002;10(4):398-406.
13. Smith MT, Perlis ML, Haythornthwaite JA. Suicidal ideation in outpatients with chronic musculoskeletal pain: an exploratory study of the role of sleep onset insomnia and pain intensity. Clin J Pain. 2004;20(2):111-8.
14. Bernert RA, Joiner TE, Cukrowicz KC. Suicidality and sleep disturbances. Sleep. 2005;9:1135-41.
15. Chellapa SL, Araujo JF. Sleep disorders and suicidal ideation in patients with depressive disorder. Psychiatry Res. 2007;153(2):131-6.
16. Sjostrom N, Waern M, Hetta J. Nightmares and

sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep*. 2007;30(1):91-5.

17. Goodwin RD, Marusic A. Association between short sleep and suicidal ideation and suicide attempt among adults in the general population. *Sleep*. 2008 (8):1097-101.

18. Tang WK, Lu JY, Liang H, Chan TT, Mok V, Ungvari GS, et al. Is insomnia associated with suicidality in stroke? *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(12):2025-7.

19. Klimkiewicz A, Bohnert AS, Jakubczyk A, Ilgen MA, Wojnar M, Brower K. The association between insomnia and suicidal thoughts in adults treated for alcohol dependence in Poland. *Drug Alcohol Depend*. 2012;122(1-2):160-3.

20. Carli V, Roy A, Bevilacqua L. Insomnia and suicidal behavior in prisoners. *Psychiatry Res*. 2011;185(1-2):141-4.

21. McCall WV, Blocker JN, D'Agostino R. Insomnia severity is an indicator of suicidal ideation during a depression clinical trial. *Sleep Med*. 2010;11(9):822-7.

22. Pigeon W, Caine E. Insomnia and the risk for suicide: Does sleep medicine have interventions that can make a difference? *Sleep Med*. 2010;11:816-7.

23. Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Denning DG, Cox C, Caine ED. Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *J Gerontol*. 2000;55:18-26.

24. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20:499-517.

25. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(4):231-8.

26. Mayers A, van Hooff J, Baldwin D. Quantifying subjective assessment of sleep and life-quality in antidepressant-treated depressed patients. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2003;18:21-27.

27. Taylor D, Lichstein K, Durrence H. Insomnia as a Health Risk Factor.

Behav Sleep Med. 2003; 1(4):227-247.

28. Chakravorty S, Siu K, Lalley-Chareczko L, Brown G, Findley J, Perlis M, Grandner M. Sleep Duration and Insomnia Symptoms as Risk Factors for Suicidal Ideation in a Nationally Representative Sample. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015;17(6):10.

29. Chakravortya S, Grandnerb M, Mavandadia S, Perlisb M, Sturgisa E, Oslina D. Suicidal ideation in Veterans misusing alcohol: Relationships with insomnia symptoms and sleep duration. *Addict Behav*. 2014 February; 39(2): 399-405.