



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Evolución de los Trastornos Mentales Graves en las Personas Mayores

Revisión sistemática

Trabajo de Fin de Máster
Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Autora: Carmen Flores Infante
Directora: Macarena Sánchez-Izquierdo Alonso

Madrid
2024/2025

Resumen

Introducción: Los trastornos mentales graves (TMG), como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad, han sido tradicionalmente estudiados en poblaciones jóvenes, existiendo una escasa atención a su evolución en la vejez. La comprensión de sus trayectorias clínicas, cognitivas y psicosociales en adultos mayores es crucial para adaptar la atención clínica a las necesidades específicas de este grupo etario.

Objetivo: Analizar de manera sistemática la literatura científica sobre la evolución de los TMG en personas mayores (≥ 50 años), comparando sus manifestaciones clínicas, cognitivas y psicosociales con las de poblaciones más jóvenes, e identificar factores clave para la intervención clínica.

Método: Se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA. La búsqueda inicial en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Scopus arrojó un total de 601 estudios publicados entre 2003 y 2021. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, así como el proceso de cribado por título, resumen y texto completo, se seleccionaron 10 estudios para su análisis final. Los trabajos incluidos abordaban la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad en personas mayores (≥ 50 años). La calidad metodológica de los estudios fue evaluada mediante la herramienta Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT).

Resultados: Se observó una notable heterogeneidad en las trayectorias cognitivas de los distintos TMG. En el caso de la esquizofrenia, no se evidenció un patrón uniforme de deterioro cognitivo asociado al envejecimiento, cuestionando la hipótesis del “envejecimiento acelerado”. En el trastorno bipolar, los déficits cognitivos se mantuvieron estables tras el inicio clínico. En las personas mayores con trastorno bipolar destacaron síntomas maníacos subsindrómicos persistentes y una elevada discapacidad funcional, frecuentemente vinculada

a comorbilidades médicas. Variables como la autoeficacia, el apoyo social y el rendimiento cognitivo fueron identificadas como predictores relevantes del funcionamiento diario. No se hallaron estudios con muestras suficientemente representativas sobre el trastorno límite de la personalidad en esta etapa vital. Asimismo, se identificaron limitaciones metodológicas comunes, como el escaso control de tratamientos farmacológicos prolongados y la omisión de variables contextuales relevantes.

Conclusiones: Los TMG en la vejez presentan perfiles clínicos y funcionales diferenciados respecto a los observados en la juventud, lo que subraya la necesidad de enfoques personalizados que integren la evaluación neurocognitiva, el abordaje de síntomas residuales y el fortalecimiento del apoyo psicosocial. Se destaca la urgencia de incrementar la investigación sobre trastornos subrepresentados, como el trastorno límite de la personalidad, y en contextos culturales diversos, a fin de optimizar la atención clínica basada en la evidencia.

Palabras clave: trastornos mentales graves, envejecimiento, heterogeneidad cognitiva, revisión sistemática, psicogeriatría.

Abstract

Introduction: Severe mental disorders (SMDs), such as schizophrenia, bipolar disorder, and borderline personality disorder, have traditionally been studied in younger populations, with limited attention paid to their progression in older age. Understanding their clinical, cognitive, and psychosocial trajectories in older adults is crucial for tailoring clinical care to the specific needs of this age group.

Objective: To systematically analyze the scientific literature on the course of SMDs in older adults (≥ 50 years old), comparing their clinical, cognitive, and psychosocial manifestations with those of younger populations, and to identify key factors for clinical intervention.

Method: A systematic review was conducted following PRISMA guidelines. An initial search of PubMed, PsycINFO, and Scopus databases yielded 601 studies published between 2003 and 2021. After applying inclusion and exclusion criteria, as well as title, abstract, and full-text screening, 10 studies were selected for final analysis. The included studies focused on schizophrenia, bipolar disorder, and borderline personality disorder in older adults (≥ 50 years old). Methodological quality was assessed using the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT).

Results: Notable heterogeneity was observed in the cognitive trajectories of different SMDs. In schizophrenia, no uniform pattern of age-related cognitive decline was found, challenging the "accelerated aging" hypothesis. In bipolar disorder, cognitive deficits remained stable after clinical onset. Older adults with bipolar disorder exhibited persistent subsyndromal manic symptoms and significant functional disability, often linked to medical comorbidities. Variables such as self-efficacy, social support, and cognitive performance were identified as relevant predictors of daily functioning. No studies with sufficiently representative samples on borderline personality disorder in older age were found. Common methodological limitations included inadequate control for long-term pharmacological treatments and omission of relevant contextual variables.

Conclusions: SMDs in older adults present distinct clinical and functional profiles compared to those observed in younger populations, underscoring the need for personalized approaches integrating neurocognitive assessment, management of residual symptoms, and strengthening psychosocial support. There is an urgent need to expand research on underrepresented

disorders, such as borderline personality disorder, and in diverse cultural contexts to optimize evidence-based clinical care.

Keywords: severe mental disorders, aging, cognitive heterogeneity, systematic review, geriatric psychiatry.

Índice

6

| | |
|-------------------------------------|----|
| Introducción | 7 |
| Metodología | 10 |
| Diseño del Estudio | 10 |
| Estrategia de Búsqueda..... | 11 |
| Criterios de Elegibilidad | 11 |
| Selección de Estudios | 12 |
| Extracción de datos..... | 12 |
| Análisis de Datos | 14 |
| Evaluación de Calidad | 14 |
| Resultados | 15 |
| Evaluación de Sesgo de Calidad..... | 21 |
| Discusión..... | 22 |
| Limitaciones..... | 31 |
| Conclusiones | 35 |
| Referencias..... | 39 |
| Anexos | 51 |

Introducción

La creciente esperanza de vida ha dado lugar a un aumento considerable de la población de personas mayores a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), en 2020 un billón de personas tenía 60 años o más y se estima que esta cifra se duplique para 2050, lo que plantea desafíos sin precedentes para los sistemas de salud y sus servicios. Con este envejecimiento poblacional, se ha hecho cada vez más evidente la importancia de comprender la salud mental en esta etapa de la vida (Karel et al., 2012).

Actualmente, alrededor del 14% de los adultos mayores de 60 años viven con un trastorno mental (OMS, 2023), siendo los más comunes la demencia y los trastornos de depresión, ansiedad y de abuso de sustancias. (Andreas et al., 2017), estimaron que en Europa las tasas de prevalencia generales para estos trastornos en personas mayores eran de 11,4% para trastornos de ansiedad, 8% para los trastornos afectivos y 4,6% para los trastornos por consumo de sustancias.

Otros trastornos, como los trastornos mentales graves, tienen también un papel importante en la salud mental y calidad de vida de las personas mayores. Es frecuente encontrar en este grupo poblacional casos de trastorno bipolar, de esquizofrenia, psicosis, así como la comorbilidad de estos con depresión o demencias (Chen & Li, 2021). Se estima que la prevalencia del trastorno bipolar en la población adulta general está entre 0,8% y 3,7%, mientras que en adultos mayores de 65 años esta cifra se reduce situándose en torno al 0,085% (Depp & Jeste, 2004). En casos de esquizofrenia, se ha visto que un porcentaje significativo de pacientes (23,5%) experimenta su primer episodio después de los 40 años, y aproximadamente el 1,5% después de los 60. Aun así, las tasas de prevalencia en mayores de 65 años rondan alrededor del 0,1% y el 0,5% (Moran & Lawlor, 2005). Es difícil determinar la prevalencia real debido a la variabilidad en los métodos de investigación utilizados

(Andreas et al., 2017) y la frecuente subestimación de estos trastornos en la población geriátrica (Shobassy, 2021). Por un lado, la presencia de múltiples enfermedades crónicas en personas mayores puede enmascarar los síntomas de los trastornos mentales, dificultando su identificación. También, ante la coexistencia de otras dolencias típicas en este grupo poblacional, resulta complicado encontrar la manifestación pura de una enfermedad, siendo este un requisito normalmente indispensable para las investigaciones en el ámbito clínico (Blazer, 2000). Por otro lado, la sintomatología de los trastornos mentales graves va ligada a una fuerte estigmatización. Esto da lugar a que las personas que lo sufren se disuelvan de buscar ayuda, o incluso de reconocer sus propios síntomas (Viscardi et al., 2024). Ante este panorama, es importante destacar lo que Vahia et al., (2007) estimaron sobre el crecimiento de la población de la esquizofrenia: el número de personas de 55 años o más que obtienen un diagnóstico de esquizofrenia se duplicará en los próximos 20 años. Por tanto, ante el previsible aumento tanto del envejecimiento poblacional como de los trastornos mentales graves en este grupo, es de crucial importancia tomar conciencia de la situación y comenzar a tomar medidas para abordar este creciente desafío de salud mental.

Un factor importante a destacar es que existe poca literatura en la actualidad sobre la expresión clínica de los trastornos mentales graves en las personas mayores (Thakur & Varma, 2023). Únicamente el 1% de la literatura científica existente sobre la esquizofrenia está dedicado a los adultos mayores (Vahia et al., 2007). Esto constituye un problema, dado que implica que apenas hay conocimiento suficiente sobre cómo tratar de forma adecuada a una persona de edad avanzada con un trastorno mental grave. Los trastornos mentales graves pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas mayores, afectando su funcionamiento social, emocional y cognitivo (Bartels & Pratt, 2009). Debido a la escasez de investigación sobre estos trastornos en la población adulta mayor, no existen

indicaciones clínicas claras para el tratamiento de sus síntomas. Ante este hecho, es frecuente observar en la práctica clínica que las personas mayores con trastornos mentales graves reciban el mismo tratamiento que los pacientes más jóvenes (Abdul-Hamid et al., 2009; Depp et al., 2005). Esta generalización a la hora de realizar o indicar un tratamiento puede ser muy perjudicial para la población en cuestión. Implica que no se tiene en cuenta las necesidades y particularidades ligadas a la edad, ofreciendo por tanto un tratamiento de menor calidad y un peor desarrollo del bienestar de la persona. Los psicólogos clínicos y profesionales de la salud tenemos la obligación ética y profesional de ofrecer el tratamiento que mejor se adecúe a las necesidades del individuo. De hecho, según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2006a) debemos de llevar a cabo una Práctica Basada en la Evidencia (PBE), es decir, basar nuestra toma de decisiones para el tratamiento del paciente en la evidencia de investigación disponible, la experiencia clínica y las características, cultura y preferencias de este. Sin embargo, parece que, ante el tema en cuestión, la práctica clínica actual no cumple con estos principios.

En conclusión, a medida que la población envejece y aumenta la prevalencia de trastornos mentales graves, se vuelve fundamental comprender en profundidad las particularidades de estas condiciones en personas mayores para desarrollar recursos y estrategias de atención que satisfagan sus necesidades específicas (Bartels & Pratt, 2009). Hay una escasez de conocimiento sobre la evolución de estos trastornos en este grupo etario. Existen pocos estudios que hayan investigado específicamente cómo evolucionan los trastornos mentales graves en personas mayores a lo largo del tiempo, y cómo los factores relacionados con el envejecimiento pueden influir en la presentación y el curso de estos trastornos (Vahia et al., 2007). Esta falta de conocimiento dificulta la capacidad de los profesionales de la salud para brindar una atención óptima a este grupo poblacional. Tenemos

la responsabilidad de adquirir conocimientos en este campo para poder satisfacer la creciente demanda (Karel et al., 2012). Por esta razón, se plantea en el presente estudio la necesidad de llevar a cabo una revisión sistemática que aborde las cuestiones fundamentales que hemos planteado en relación con los trastornos mentales graves en las personas mayores.

La revisión sistemática tendrá como objetivo identificar patrones y tendencias en la evolución de los trastornos mentales graves en personas mayores, así como las diferencias en la presentación de los síntomas en comparación con la población más joven, centrándose en dos preguntas clave: ¿Cómo evoluciona el trastorno mental grave en las personas mayores? y ¿Existen diferencias en la manifestación de estos trastornos entre las personas mayores y los jóvenes? Esta información será crucial para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales graves en las personas mayores, adaptándolos a las necesidades específicas de este grupo de edad.

Metodología

Diseño del Estudio

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica centrada en la evolución de los trastornos mentales graves (TMG) en personas mayores. El protocolo de esta revisión fue pre-registrado en la plataforma Open Science Framework (OSF)(https://osf.io/yghpr/?view_only=84c5eafb3f3242ee9db7226b369bc609), con el objetivo de garantizar la transparencia y reproducibilidad del proceso. La metodología seguida se ajustó a las directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), ampliamente reconocidas para la elaboración y presentación de revisiones sistemáticas.

Estrategia de Búsqueda

La estrategia de búsqueda fue desarrollada con el apoyo de una bibliotecaria para garantizar su exhaustividad y precisión (véase el Anexo 1). Las búsquedas se llevaron a cabo en enero de 2024 en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Scopus, utilizando tanto vocabulario documental como términos en texto libre, con el fin de abarcar un amplio conjunto de estudios sobre intervenciones psicosociales para adultos mayores con Trastorno Mental Grave (TMG).

Criterios de Elegibilidad

Para garantizar la validez y aplicabilidad de los resultados, la selección de los participantes se basó en los siguientes criterios de inclusión: (a) obtener un diagnóstico de trastorno mental grave, (b) antecedentes de progresión grave de la enfermedad durante más de 2 años, (c) al menos un caso de interferencia clínicamente significativa en el funcionamiento diario (por ejemplo, baja laboral, discapacidad), (d) evidencia de un funcionamiento psicosocial empobrecido, (e) tener más de 50 años, (f) estudios cuyo diseño sea longitudinal y (g) estudios comparativos que comparen el TMG en la población de personas mayores con jóvenes (estudios de casos y controles).

Como criterios de exclusión, se descartaron aquellos estudios no empíricos (revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, meta-análisis y estudios de caso), estudios cuyos participantes sean adultos menores de 50 años o cuyo diagnóstico no siga los criterios propuestos en el presente estudio para un TMG, investigaciones enfocadas en problemas de salud mental leves o moderados, estudios centrados en la medicación, estudios genéticos, epidemiológicos o biométricos, estudios centrados en cuidadores o familiares, estudios que no abordan explícitamente el aspecto de la gravedad en adultos mayores e investigaciones

que combinan deterioros cognitivos relacionados con la edad como la demencia con TMG sin una diferenciación clara.

Selección de Estudios

La estrategia de búsqueda identificó inicialmente en las bases de datos (PubMed, Scopus, y PsycINFO) un total de 601 estudios. Tras la eliminación de los artículos duplicados, 599 artículos se sometieron a un proceso de selección pautado por las directrices PRISMA (Figura 1). La revisión de títulos y resúmenes, así como la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, fue realizada por un único revisor. Este cribado inicial excluyó 523 artículos que no cumplían con dichos criterios, dejando un total de 76 artículos para leer a texto completo. El segundo cribado, realizado por el mismo revisor, permitió realizar una evaluación más exhaustiva y descartar aquellos artículos que no cumplían los criterios de elegibilidad por diversas razones: falta de acceso (18), resultados incompatibles con los objetivos del estudio (2), selección inadecuada del grupo control (1), indicaciones clínicas no pertinentes (1), fecha fuera del rango establecido (3), intervenciones incorrectas (2), diseños de estudio que no se ajustaban a los criterios (18) y población de participantes que no cumplían con la definición de TMG (21). Finalmente, se incluyeron un total de 10 estudios en la revisión.

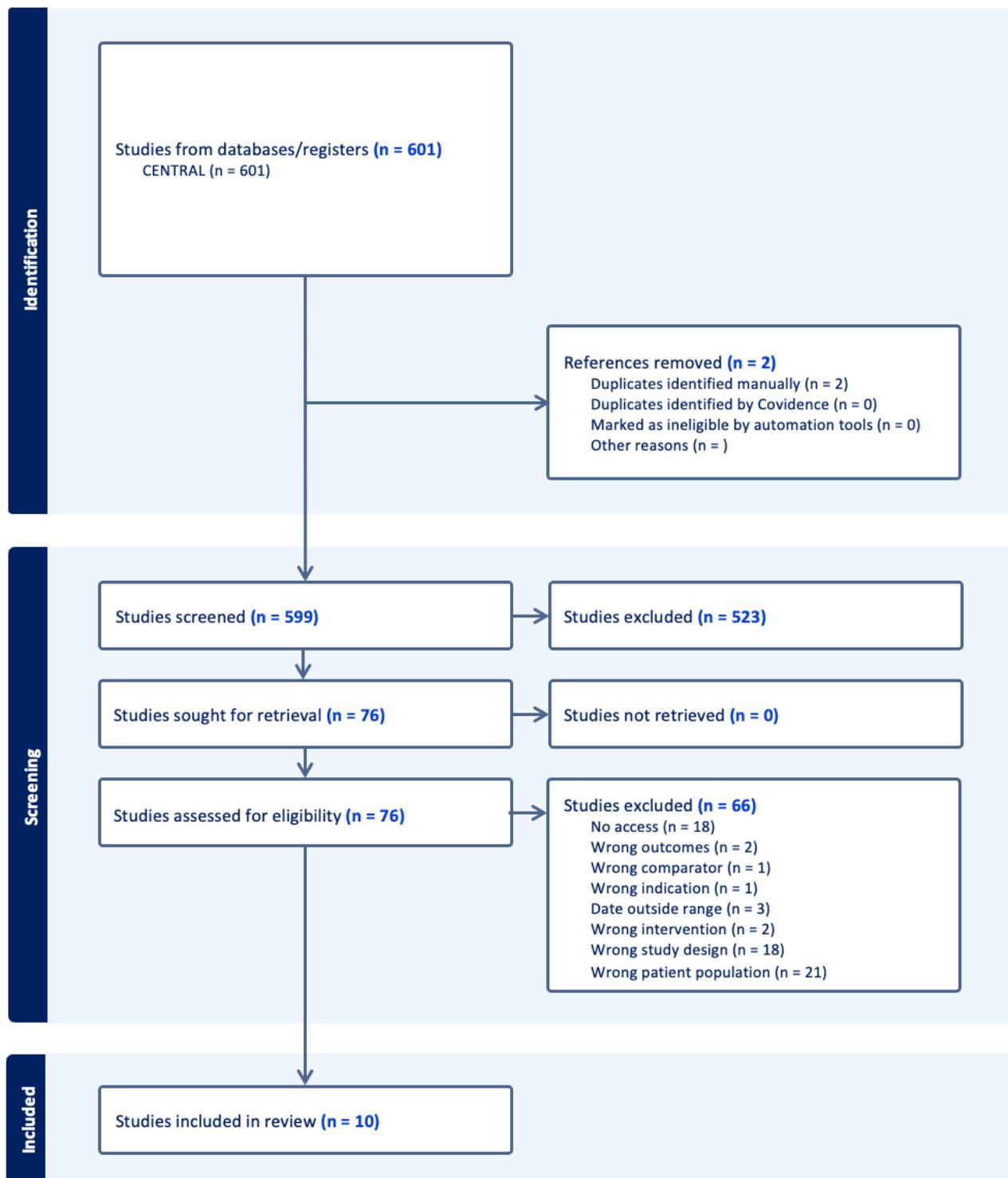
Extracción de datos

Para la extracción de datos se utilizó una hoja de cálculo de Excel específicamente estructurada para sistematizar la información relevante de cada estudio. Esta herramienta permitió organizar de manera clara los datos relativos a la población (características demográficas y clínicas), los aspectos metodológicos (diseño y objetivos del estudio), los principales hallazgos y las limitaciones identificadas. Asimismo, se detallaron las variables

evaluadas en cada investigación, junto con los instrumentos de medición empleados. La plantilla utilizada para la extracción se encuentra disponible en el Anexo 2.

Figura 1.

Proceso de selección y exclusión de estudios (Diagrama de flujo PRIMSA)



Análisis de Datos

Para llevar a cabo este estudio, se optó por una revisión sistemática narrativa. Esta metodología se seleccionó debido a la naturaleza exploratoria de la pregunta de investigación, que requería una comprensión profunda y contextualizada de la literatura existente, más allá de la recopilación de datos cuantitativos. La revisión sistemática narrativa es un enfoque que permite sintetizar y analizar cualitativamente la evidencia disponible sobre un tema específico, identificando patrones y conceptos clave sin recurrir a análisis estadísticos cuantitativos. Este tipo de revisión se diferencia de las revisiones sistemáticas tradicionales por su enfoque en la interpretación y síntesis narrativa de los hallazgos (Cochrane, 2022).

Como medio principal para la gestión y análisis de los datos, se utilizó la plataforma Covidence, una plataforma online diseñada específicamente para facilitar el proceso de realización de revisiones sistemáticas. Esta herramienta facilitó el cribado de títulos y resúmenes, así como la revisión de textos completos, asegurando la transparencia y la reproducibilidad en la selección de la evidencia relevante.

Evaluación de Calidad

Se aplicó una medida de riesgo de sesgo, el Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) – Versión 2011 para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión. La aplicación del MMAT permite evaluar la validez, fiabilidad y adecuación de los métodos utilizados en cada estudio, proporcionando una base sólida para la interpretación de los resultados. Dada la diversidad metodológica de los artículos seleccionados, se utilizaron los criterios del MMAT dedicados a los estudios cuantitativos no aleatorizados. Estos criterios específicos fueron aplicados de manera sistemática. Los resultados de la evaluación de calidad se presentan de forma descriptiva, permitiendo así una evaluación detallada de la evidencia presentada.

Resultados

La fecha de publicación de los artículos incluidos en esta revisión sistemática abarca desde el año 2003 hasta el 2021. De los 10 artículos seleccionados, el 40% (n=4) proceden de Estados Unidos (Beyer et al., 2003; Cohen & Murante, 2018; Cruitt & Oltmanns, 2019; Wright et al., 2021), el 20% (n=2) de Argentina (Strejilevich & Martino, 2013; Strejilevich et al., 2019), otro 20 % (n=2) de Países Bajos (Schouws et al., 2012; Dols et al., 2018), y un 10 % (n=1) de Canadá (Kalache et al., 2015) y 10% (n=1) de Francia (Thuairé et al., 2020), respectivamente. Con respecto al tipo de trastorno mental grave (TMG) analizado, el 50% de los artículos (n=5) se centraron en personas mayores con trastorno bipolar (Beyer et al., 2003; Schouws et al., 2012; Strejilevich & Martino, 2013; Dols et al., 2018; Strejilevich et al., 2019), mientras que el 40% (n=4) abordaron la esquizofrenia en esta población (Kalache et al., 2015; Cohen & Murante, 2018; Thuairé et al., 2020; Wright et al., 2021). El 10% restante (n=1) exploró el trastorno límite de la personalidad (Cruitt & Oltmanns, 2019).

Los 10 estudios incluidos analizaron, en conjunto, una muestra total de N=2605 participantes, abarcando tanto personas mayores como jóvenes. La edad media de los grupos de mayores con TMG osciló entre 58,8 y 68,9 años (DE: 2,74–9,97). En términos generales, el rango etario de los participantes en los estudios incluidos se extendió de los 18 a los 98 años. Los estudios que realizaron comparaciones intergrupales entre adultos mayores y jóvenes presentaron un rango etario más amplio (p. ej., Beyer et al., 2003, con 18–89 años) y una edad media total inferior (p. ej., Thuairé et al., 2020, con media total 46,6 años) en comparación con aquellos centrados exclusivamente en personas mayores (p.ej., Dols et al., 2018, con media total 68,9 años y rango de edad de 61-98 años). Los datos demográficos desagregados (sexo, edad media, desviación estándar, rango de edad y tamaño muestral) se detallan en la Tabla A3.

En relación con los diseños metodológicos, los estudios seleccionados se dividieron en diseños transversales, longitudinales y mixtos, conforme a los criterios de elegibilidad establecidos (Tabla 1). Cuatro estudios emplearon un diseño transversal (Beyer et al., 2003; Strejilevich & Martino, 2013; Kalache et al., 2015; Thuairé et al., 2020), cinco estudios adoptaron un enfoque longitudinal (Cohen & Murante, 2018; Cruitt & Oltmanns, 2019; Dols et al., 2018; Schouws et al., 2012; Strejilevich & Martino, 2013), y un estudio combinó ambas metodologías (Wright et al., 2021).

La duración del seguimiento en los estudios longitudinales osciló entre 12 y 116 meses (Tabla A3). En cuanto a la frecuencia de evaluación, tres estudios (Schouws et al., 2012; Dols et al., 2018; Wright et al., 2021) realizaron mediciones anuales o bianuales durante 2 a 3 años (p. ej, Wright et al., 2021, midieron a los 12, 24 y 36 meses), mientras que otros destacaron por una mayor densidad evaluativa (Cruitt y Oltmanns, 2019, nueve evaluaciones semestrales en 54 meses) o una duración extendida (Cohen & Murante, 2018: evaluación a los 112 meses).

Respecto a las variables evaluadas, se identificaron cuatro enfoques principales en la evaluación de personas con TMG (Tabla 1). Cinco estudios centraron sus análisis en funciones cognitivas, evaluando memoria, atención y funciones ejecutivas mediante instrumentos estandarizados (Cohen & Murante, 2018; Kalache et al., 2015; Schouws et al., 2012; Strejilevich & Martino, 2013; Thuairé et al., 2020); uno de ellos integró además la evaluación de la competencia funcional, vinculando el deterioro cognitivo con la capacidad para realizar un trabajo (Kalache et al., 2015). Tres estudios abordaron la funcionalidad, ya sea en términos de capacidad funcional (Kalache et al., 2015), o de funcionamiento global contextualizado (Wright et al., 2021) con cierto solapamiento en la evaluación de síntomas clínicos (Strejilevich et al., 2019). Paralelamente, dos estudios se centraron principalmente en

variables sintomatológicas del TMG, como la evolución de los síntomas afectivos o episodios clínicos (Dols et al., 2018; Strejilevich et al., 2019). Finalmente, tres investigaciones evaluaron factores psicosociales: el impacto del desempleo (Cruitt & Oltmanns, 2019), el rol del apoyo social (Beyer et al., 2003) y la influencia de la autoeficacia en la adaptación y calidad de vida (Wright et al., 2021). La Tabla A4 presenta los instrumentos utilizados para cada dimensión, evidenciando una diversidad metodológica que contribuye a una comprensión multidimensional del TMG.

Tabla 1

Características y hallazgos principales de los estudios incluidos en la revisión sistemática sobre TMG en personas mayores

| Áreas temáticas | Referencia | Objetivo del estudio | Diseño metodológico | Variables evaluadas | Principales hallazgos |
|------------------------|--------------------------|--|---------------------|--|--|
| Factores psicosociales | Cruitt & Oltmanns (2019) | Analizar el impacto del desempleo en la relación entre el TLP y la salud mental y física. | Longitudinal | Estado laboral, salud física, síntomas depresivos, satisfacción vital y rasgos TLP | El desempleo intensifica los síntomas depresivos, sin afectar significativamente la salud física ni la satisfacción vital en personas mayores con TLP. |
| | Beyer et al. (2003) | Comparar la percepción de apoyo social entre personas con TB (jóvenes y mayores) y población general. | Transversal | Apoyo social | Mayores y jóvenes con TB perciben bajo apoyo social vs. pares. Edad inicio TB no influye en apoyo social de TB mayores. Apoyo social clave para la intervención. |
| Cognición | Cohen & Murante (2018) | Analizar cómo cambia la cognición en personas mayores con EZ según tres modelos: envejecimiento acelerado, envejecimiento paradójico y heterogeneidad del curso. | Longitudinal | Cognición | No se encontró un patrón uniforme de deterioro cognitivo, lo que respalda el modelo de heterogeneidad del curso. La cognición inicial, la reducción de la ansiedad y ser de raza blanca fueron predictores de una mejor cognición en el seguimiento. |
| Cognición | Schouws et al. (2012) | Evaluar prospectivamente el rendimiento neurocognitivo en personas mayores con TB vs. controles mayores sanos. | Longitudinal | Rendimiento neurocognitivo | Las personas mayores con TB mostraron peor función cognitiva que los controles sanos al inicio y seguimiento, pero no experimentaron un deterioro cognitivo mayor durante los dos años de estudio. |

| Áreas temáticas | Referencia | Objetivo del estudio | Diseño metodológico | Variables evaluadas | Principales hallazgos |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|----------------------------|--|---|
| Cognición | Strejilevich & Martino (2013) | Determinar si la disfunción neurocognitiva en el TB es progresiva con el tiempo, comparando mayores y jóvenes con TB vs. controles sanos, para evaluar el impacto de la cronicidad de la enfermedad. | Transversal | Neurocognición | Mayores y jóvenes con TB muestran mayores déficits cognitivos vs. controles sanos. La disfunción cognitiva en el TB no empeora con la cronicidad de la enfermedad; mayores y jóvenes mostraron rendimientos similares en dominios clave, incluso tras décadas de evolución clínica. |
| Cognición | Thuairé et al. (2020) | Evaluar el impacto del envejecimiento en 4 funciones ejecutivas (FE) en personas mayores con EZ vs. mayores sanos. | Transversal | Funciones ejecutivas: cambio de tarea, actualización, inhibición, acceso a memoria a largo plazo | Mayores con EZ mostraron peor rendimiento en cambio, actualización y acceso a la memoria, pero preservaron la inhibición. El envejecimiento acentuó el deterioro en cambio y acceso en mayores con EZ, mientras que la actualización y la inhibición siguieron un declive similar al envejecimiento normal. |
| Cognición y competencia funcional | Kalache et al. (2015) | Examinar si la cognición predice la competencia funcional en personas con EZ entre los 19 y 79 años. | Transversal | Cognición y competencia funcional | La cognición predice la competencia funcional durante toda la vida. Tratar el deterioro cognitivo en la EZ podría mejorar la competencia funcional a cualquier edad. |
| Autoeficacia y funcionamiento | Wright et al. (2021) | Evaluar el papel de la autoeficacia sobre el funcionamiento en personas mayores con EZ. | Longitudinal y transversal | Neurocognición, autoeficacia, síntomas positivos y negativos, y funcionamiento | La autoeficacia tiene efectos directos e indirectos en el funcionamiento. La sintomatología negativa media esta relación. La autoeficacia y sintomatología negativa es clave para la intervención en mayores con EZ. |

| Áreas temáticas | Referencia | Objetivo del estudio | Diseño metodológico | VARIABLES evaluadas | Principales hallazgos |
|---------------------------------|----------------------------|--|---------------------|--|---|
| Sintomatología y funcionamiento | Strejilevich et al. (2019) | Analizar la inestabilidad emocional y los síntomas subsindrómicos en mayores con TB, compararlos con pacientes jóvenes con TB y evaluar su impacto en el funcionamiento diario. | Longitudinal | Densidad de episodios de ánimo, densidad sintomática, inestabilidad del estado de ánimo y funcionamiento global. | Mayores y jóvenes con TB muestran un curso clínico similar, excepto por una mayor carga de síntomas maníacos subsindrómicos en mayores con TB. La inestabilidad del estado de ánimo y los síntomas subsindrómicos se asociaron con peores resultados funcionales en mayores con TB. |
| Sintomatología | Dols et al. (2018) | Analizar retrospectivamente la edad de inicio, polaridad predominante y densidad de episodios de estado de ánimo en mayores con TB. Evaluar prospectivamente el curso clínico y los factores asociados a recaídas. | Longitudinal | Características clínicas y curso prospectivo del TB. | Alta recurrencia de episodios de ánimo en el seguimiento. Inicio temprano se asocia a mayor gravedad. Polaridad inicial no predice recurrencia. Eventos vitales no son desencadenantes clave de nuevos episodios. Se observa heterogeneidad en el curso de personas mayores con TB. |

Nota: TLP, trastorno límite de la personalidad; EZ, esquizofrenia; TB, trastorno bipolar.

Evaluación de Sesgo de Calidad

Los estudios analizados presentan limitaciones metodológicas significativas, especialmente en la representatividad muestral (criterio 1 del MMAT). Ningún estudio cumplió completamente este criterio, y la mayoría mostró sesgos de selección. Por ejemplo, trabajos como los de Dols et al. (2018) y Strejilevich et al. (2019) reclutaron muestras en centros especializados, excluyendo poblaciones institucionalizadas o rurales, lo que limita la generalización. Además, estudios como Beyer et al. (2003) y Wright et al. (2021) sobrerrepresentaron a personas blancas y con un alto nivel educativo, ignorando las minorías y grupos socioeconómicos desfavorecidos. Solo Strejilevich & Martino (2013) y Cohen & Murante (2018) lograron una representatividad parcial mediante estratificación, aunque persistieron exclusiones importantes. En cuanto a las mediciones (criterio 2), la mayoría empleó instrumentos validados, pero trabajos como Cruitt & Oltmanns (2019) simplificaron variables críticas (p. ej., medir desempleo con un solo ítem del LTE-Q), reduciendo la profundidad analítica. Estas limitaciones comprometen la validez externa al excluir subpoblaciones y simplificar fenómenos complejos.

La integridad de los datos (criterio 3) también fue problemática: cinco estudios manejaron datos faltantes con métodos básicos, pero otros cuatro, como Strejilevich et al. (2019), no reportaron tasas de abandono ni estrategias para pérdidas recurrentes. Destaca el estudio de Thuairé et al. (2020), que aplicó imputación múltiple (MICE) con transparencia. Respecto al control de factores de confusión (criterio 4), todos los estudios omitieron variables críticas: Cruitt & Oltmanns (2019) ignoraron el impacto de crisis económicas; Kalache et al. (2015) no consideraron la toma de antipsicóticos; y Dols et al. (2018) excluyeron acceso a servicios de salud. Finalmente, en consistencia metodológica (criterio 5), estudios como Cruitt & Oltmanns (2019) tuvieron intervalos

irregulares entre evaluaciones, mientras que Dols et al. (2018) no ajustaron el aumento no planificado de litio durante el seguimiento. Estas omisiones sistemáticas, junto a muestras reducidas y pérdidas altas, debilitan la validez interna y la capacidad para explorar la heterogeneidad clínica en adultos mayores con trastornos mentales graves.

Discusión

Dado el creciente envejecimiento poblacional y el aumento progresivo de los trastornos mentales graves (TMG) en las personas mayores, se espera un desafío crítico para los sistemas sanitarios y los modelos de atención clínica actuales. Este escenario subraya la importancia de realizar un análisis profundo de la trayectoria clínica de estos trastornos en la vejez, para poder así responder adecuadamente a las demandas asistenciales que impondrá este grupo poblacional en las próximas décadas. Para responder a dicha demanda, el presente estudio ha analizado la literatura científica existente sobre la evolución de los TMG en personas mayores, a través de una revisión sistemática de síntesis narrativa.

La presente discusión tiene como objetivo analizar los hallazgos de la revisión sistemática realizada, enfocándose en explorar la trayectoria de los TMG en las personas mayores y contrastar sus manifestaciones clínicas frente a las observadas en las poblaciones más jóvenes. Para sintetizar y contextualizar la variedad de los resultados, los estudios se organizarán en función de los cuatro ejes temáticos identificados en la literatura científica actual: deterioro cognitivo, funcionamiento global, sintomatología y factores psicosociales de los TMG.

Cognición del Trastorno Mental Grave en Personas Mayores.

Los estudios enfocados en investigar la cognición del TMG en personas mayores se han centrado principalmente en comprender la relación entre el envejecimiento y el deterioro cognitivo. En general, los resultados desafían la noción de un “envejecimiento

acelerado” uniforme en los TMG. En primer lugar, el estudio prospectivo de Cohen & Murante (2018) reveló que la mayoría de las personas mayores con esquizofrenia mantuvieron o incluso mejoraron su función cognitiva durante casi una década de seguimiento, lo que sugiere que la trayectoria cognitiva de este grupo no sigue un patrón uniforme de deterioro. La teoría del “envejecimiento acelerado” en la esquizofrenia, explica que las personas con dicho trastorno experimentan un deterioro cognitivo a un ritmo más rápido de lo que se esperaría debido al envejecimiento cronológico normal (Jeste et al., 2011). En su lugar, Cohen & Murante (2018) respaldaron con sus resultados el modelo cognitivo de heterogeneidad del curso, el cual postula que la interacción entre la esquizofrenia y el envejecimiento cognitivo varía significativamente entre individuos (Jeste et al., 2011). Solo una quinta parte de la muestra mostró un declive en la función cognitiva y este fue atribuido a factores de variabilidad individual más que a la edad. La estabilidad y mejoría de las puntuaciones tras el seguimiento apoya la teoría del neurodesarrollo de la esquizofrenia (Marenco & Weinberger, 2000), que postula que el déficit cognitivo en esquizofrenia surge tempranamente y persiste sin agravarse significativamente con la edad. Con respecto al trastorno bipolar, Schouws et al. (2012) observaron un patrón similar: las personas mayores presentaban un déficit cognitivo basal estable (no progresivo) frente a controles sanos de la misma edad durante dos años de seguimiento, sugiriendo que los factores patogénicos (los episodios maníacos, la neuroinflamación, el estrés oxidativo, etc.) dañan la cognición en fases iniciales, pero no exacerban el envejecimiento natural. Este hallazgo se refuerza con el estudio transversal de Strejilevich & Martino (2013), donde las personas mayores con trastorno bipolar mostraron perfiles cognitivos similares a los pacientes jóvenes, a pesar de tener una duración de la enfermedad cuatro veces mayor.

Sin embargo, Thuaire et al. (2020) identificaron un envejecimiento acelerado selectivo en su estudio de las funciones ejecutivas de pacientes con esquizofrenia: la flexibilidad cognitiva (shifting) se deterioró significativamente en los pacientes mayores (59–76 años), vinculado a disfunciones en la corteza prefrontal y cingulada. En línea con los hallazgos previos, el estudio también sugiere que el envejecimiento en la esquizofrenia no es uniforme: algunas funciones cognitivas se deterioran antes y de forma más grave (flexibilidad), otras más tarde (memoria), y algunas siguen un curso normal (actualización e inhibición). Estos datos sugieren que, aunque el deterioro global puede ser estable, dominios específicos (ej., funciones ejecutivas) son vulnerables al envejecimiento patológico, especialmente en estructuras cerebrales ya comprometidas. Esto refuerza la idea de que la esquizofrenia tiene un impacto selectivo y progresivo en el cerebro, donde ciertas áreas y funciones son más susceptibles al efecto del envejecimiento, mientras que otras muestran una mayor resiliencia.

Estos hallazgos sobre la heterogeneidad del envejecimiento cognitivo en los TMG podrían estar influenciados por diversos factores, siendo el tratamiento farmacológico uno de ellos. El papel de los tratamientos farmacológicos en los resultados de los estudios analizados aparece como un factor crítico. Con respecto al trastorno bipolar, más del 70% de la muestra de Schouws et al. (2012) tomaba litio como medicamento. Esto podría explicar la estabilidad cognitiva observada, ya que el litio ha mostrado tener efectos neuroprotectores al modular la neurogénesis hipocampal y reducir el estrés oxidativo (Chuang & Manji, 2007). De manera similar, Strejilevich & Martino (2013) señalan que sus pacientes eran eutímicos y seguían un tratamiento de forma continua (en este caso, también de toma de litio), planteando la posibilidad de que generaran un efecto amortiguador en el deterioro cognitivo, incluso en casos de pacientes con décadas de evolución en su trastorno.

Con respecto a la esquizofrenia, el tipo y duración de los antipsicóticos empleados a lo largo de la vida del paciente emergen como variables críticas para interpretar la heterogeneidad cognitiva en el envejecimiento. Estudios como el de Suzuki et al. (2011) destacan que los antipsicóticos de segunda generación (p. ej., risperidona, olanzapina) tienen efectos más beneficiosos sobre la cognición que los de primera generación (p. ej., haloperidol), al mejorar la atención, la memoria de trabajo y la fluidez verbal (De Haan et al., 2014; Guilera et al., 2009; Keefe et al., 1999; Woodward et al., 2005). Sin embargo, los pacientes mayores con esquizofrenia suelen haber recibido tratamientos prolongados con antipsicóticos de primera generación antes de la disponibilidad de fármacos más modernos, lo que podría aumentar las disfunciones cognitivas en dominios específicos (p. ej., funciones ejecutivas) y confundirse con un "envejecimiento acelerado" (Thuaire et al., 2020).

Con respecto a la diferencia entre personas mayores y jóvenes con TMG en su cognición, sólo el estudio de Strejilevich & Martino (2013) evaluó directamente dichas discrepancias. Concretamente, los autores compararon a pacientes jóvenes (≤ 40 años) y mayores (≥ 60 años) eutímicos y no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en dominios cognitivos críticos, como la memoria verbal, la atención o las funciones ejecutivas. Estos resultados se alinean con el metanálisis de Bora & Özerdem (2017), que analizó el rendimiento neurocognitivo en pacientes eutímicos a lo largo de la vida. Ambos trabajos coinciden en que los déficits cognitivos están presentes desde el primer episodio afectivo y no se agravan significativamente con la edad o la cronicidad. En conjunto, ambas cohortes con TMG muestran déficits similares frente a controles sanos, reforzando la hipótesis de que las alteraciones cognitivas en el trastorno bipolar se estabilizan tras el inicio clínico, sin empeoramiento atribuible al envejecimiento o la evolución crónica de la enfermedad.

En resumen, la heterogeneidad en las trayectorias cognitivas de las personas mayores con TMG subraya la necesidad de utilizar en la práctica clínica enfoques personalizados, que consideren tanto la vulnerabilidad neurobiológica de cada persona, como el papel modulador de tratamientos farmacológicos, para alejarse de modelos únicos de “envejecimiento acelerado” y poder priorizar intervenciones adaptadas a la diversidad clínica y evolutiva de este colectivo.

Funcionamiento de las Personas Mayores con Trastorno Mental Grave.

Se encontraron tres estudios que muestran hallazgos relevantes con respecto al funcionamiento de las personas mayores con TMG. En primer lugar, destacan los hallazgos de Wright et al. (2021) al mostrar que la autoeficacia percibida de las personas mayores con TMG tiene efectos en su funcionamiento, actuando la sintomatología negativa como mediador de este efecto. Es decir, los autores explican que, las creencias positivas sobre uno mismo (percibirse como “capaz”) influyen positivamente en la disposición de una persona a intentar alcanzar un objetivo o en el esfuerzo que invierte en realizar una actividad (Bandura, 1977; Wright et al., 2021). Asimismo, si una persona con esquizofrenia no cree en sí misma o en su capacidad para hacer cosas o manejar sus propios síntomas, los autores destacan que es más probable que experimente síntomas negativos: ante esas creencias negativas, la persona se desconecta de los demás y evita situaciones, llevándole a tener más sintomatología negativa. Los hallazgos de Wright et al. (2021) son consistentes con la literatura (Grant and Beck, 2009; Rector et al., 2005 y Pratt et al. 2005), lo que subraya la conexión entre la autoeficacia, los síntomas negativos y la competencia funcional de las personas mayores con TMG.

En línea con esto, Strejilevich et al. (2019) aportaron evidencia con su estudio longitudinal sobre el trastorno bipolar en personas mayores. Aunque enfocado en otra

población (jóvenes y mayores con trastorno bipolar), el estudio revela patrones aplicables al TMG: los síntomas subsindrómicos (sintomatología maníaca o depresiva sin llegar a ser un episodio agudo) y la inestabilidad del ánimo impactan negativamente en el funcionamiento, independientemente de la edad de los pacientes. Tal y como ocurre con los síntomas negativos en la esquizofrenia, la inestabilidad de ánimo se asoció con peores resultados funcionales, actuando como un mediador transversal. Por tanto, ambos estudios (Strejilevich et al., 2019 y Wright et al., 2021) subrayan con sus hallazgos la relevancia de abordar la sintomatología negativa y las fluctuaciones emocionales de las personas mayores con TMG para mejorar su adaptación a la vida diaria. Por último, añadir la evidencia de Kalache et al. (2015), quienes destacan que la cognición es un predictor robusto de la competencia funcional en la esquizofrenia, independientemente de la edad.

En conjunto, estos hallazgos señalan que se necesita, por un lado, intervenciones continuas como la rehabilitación cognitiva, ya que obtener mejoras en la cognición se traduciría a obtener mayor independencia y calidad de vida (Kalache et al., 2015). Por otro, intervenciones como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el entrenamiento en habilidades sociales y programas psicosociales (p.ej., HOPES; Patterson et al., 2006), que han demostrado no solo potenciar la autoeficacia y reducir los síntomas negativos, sino también estabilizar el estado emocional (Granholtm et al. 2006; Wykes et al. 2008; Zlomuzica et al. 2015), factores que muestran ser claves para mejorar el funcionamiento diario en esta población.

Sintomatología del Trastorno Mental Grave en Personas Mayores.

Ante este bloque temático, los estudios longitudinales de Strejilevich et al. (2019) y Dols et al. (2018) evidencian que la evolución del TMG, particularmente del trastorno bipolar, presenta en las personas mayores un perfil clínico y pronóstico

diferenciado respecto a la población joven. Concretamente, el estudio de Strejilevich et al. (2019) revela que las personas mayores con trastorno bipolar presentan una mayor carga de síntomas maníacos subsindrómicos en comparación con las personas jóvenes, aunque sin diferencias significativas en la densidad de los episodios completos (maníacos, depresivos o mixtos). Esto sugiere un cambio cualitativo de la expresión clínica con la edad, pero no cuantitativo: mientras los episodios agudos no aumentan en frecuencia con la cronicidad del trastorno, los síntomas residuales o leves afectan significativamente a la capacidad del individuo para realizar actividades cotidianas. Esta persistencia sintomática podría relacionarse con mecanismos de acumulación de discapacidad tras décadas de evolución (duración media de la enfermedad: 30.7 años en personas mayores vs. 16 en jóvenes), así como con cambios neurobiológicos propios del envejecimiento (Strejilevich et al., 2019).

Por su parte, Dols et al. (2018) aportan evidencia sobre las particularidades en el inicio de la sintomatología de ambas poblaciones: en las personas mayores con inicio del trastorno tardío, el primer episodio y el subtipo predominante tienden a ser maníacos (55.4% y 52.5%, respectivamente), a diferencia de los jóvenes con inicio temprano, donde predomina el inicio depresivo (70-80%). Este hallazgo refuerza la idea de que el trastorno bipolar en la vejez adopta un curso más autónomo, es decir, menos vinculado a factores psicosociales agudos (p. ej., eventos vitales estresantes: ruptura, pérdida de empleo, etc.) que los jóvenes, posiblemente por obtener estrategias de afrontamiento más consolidadas o cambios en la reactividad emocional asociado a la edad (Kemner et al., 2015).

Dols et al. (2018) complementan esta visión al señalar que, aunque la recurrencia de episodios depresivos en la población mayor es elevada (37.5% en 3 años), estos no se asocian a factores pronósticos típicos en jóvenes, como el abuso de

sustancias o la psicosis. En su lugar, los autores describen que emergen de comorbilidades médicas (p. ej., enfermedades cardiovasculares, diabetes) actuando como predictores claves de recaídas, lo que subraya la importancia de un enfoque integral que contemple la fragilidad física de las personas mayores.

En síntesis, estos hallazgos señalan un paradigma clínico diferenciado del trastorno bipolar en la vejez, marcado por dos ejes fundamentales: una expresión sintomática cualitativamente distinta (predominio de síntomas maníacos subsindrómicos e inicio tardío de tipo maníaco) y una evolución funcionalmente más discapacitante, a pesar de la estabilidad en la frecuencia de episodios agudos. Este fenómeno parece que ocurre por la interacción entre la cronicidad prolongada de la enfermedad, la acumulación de deterioro neurobiológico asociado al envejecimiento y el peso creciente de las comorbilidades médicas como desencadenantes de recaídas. Frente a este escenario, el abordaje del trastorno bipolar en personas mayores exige intervenciones diferenciadas a las empleadas en los jóvenes, con un enfoque personalizado que considere no solo los episodios críticos, sino el manejo de síntomas persistentes, la fragilidad física, las comorbilidades y los cambios neurobiológicos propios de la edad. De esta forma, podrá mitigarse la brecha entre la estabilidad sintomática y deterioro funcional que define el curso de este trastorno en la población geriátrica.

Factores Psicosociales en el Trastorno Mental Grave de Personas Mayores.

Los estudios de Beyer et al. (2003) y Cruitt y Oltmanns (2019) examinan cómo factores psicosociales como el apoyo social y el empleo influyen en la salud física y mental de personas con trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad (TLP), respectivamente, destacando similitudes y diferencias entre poblaciones jóvenes y mayores. En primer lugar, Beyer et al. (2003) evidencian que los pacientes con trastorno bipolar, tanto jóvenes como mayores, perciben su apoyo social como insuficiente. Esta

percepción negativa persiste incluso cuando las redes sociales objetivas (tamaño de la red, apoyo instrumental) son similares a las de los controles, lo que sugiere que ciertos factores psicológicos (estigma, autoestima, expectativas) y contextuales (pérdidas en la vejez, aislamiento en la juventud) influyen en la experiencia subjetiva (Prince et al., 1997). En jóvenes, además, se observa una menor cantidad de interacciones sociales con respecto a sus pares sanos, lo que podría vincularse a dificultades en la formación de redes durante etapas críticas de desarrollo y, conjuntamente, agravar los síntomas depresivos (Johnson et al., 2000).

La sintomatología depresiva se intensifica en el TLP ante otros factores psicosociales: Cruitt y Oltmanns (2019) señalan que las personas jóvenes con TLP tienen mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva cuando se encuentran en situación de desempleo, posiblemente por la pérdida de oportunidades para construir identidad y estabilidad, elementos fundamentales que el empleo aporta en esta etapa vital. Sin embargo, vieron que estar sin trabajo no tiene un impacto significativo a la salud física. Esto sugiere que la pérdida de las funciones latentes del empleo (estructura diaria, identidad, contacto social) impacta más en la salud mental de quienes tienen vulnerabilidades preexistentes, como inestabilidad emocional o conflictos interpersonales (Zanarini et al., 2012).

La mayor sintomatología negativa en TMG no solo intensifica el malestar psicológico individual, sino que activa una serie de implicaciones en diferentes dimensiones. En el TLP, el bajo estado de ánimo se correlaciona con conductas impulsivas (como autolesiones o abuso de sustancias), que complican el curso clínico y elevan el riesgo de hospitalizaciones recurrentes (Linehan et al., 2006). Esta dinámica crea un círculo vicioso: la impulsividad derivada de la sintomatología negativa dificulta la adherencia terapéutica, perpetuando así el deterioro funcional (Gunderson et al.,

2011). Como se ha visto en apartados anteriores, se genera un efecto similar en la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Strejilevich et al., 2019 y Wright et al., 2021), que desemboca en una recuperación más costosa y fragmentada (Grande et al., 2016).

Estos hallazgos destacan la necesidad de adaptar las intervenciones a las necesidades etarias, priorizando la integración comunitaria y la atención a factores psicosociales como ejes transversales. En las personas mayores, fortalecer la percepción de apoyo social podría aliviar la sintomatología asociada al TMG y mejorar su calidad de vida (Beyer et al., 2003). En los jóvenes, reducir el aislamiento social y promover estrategias que fomenten la empleabilidad (como programas de empleo protegido o alternativas no remuneradas como el voluntariado) no solo disminuye la inestabilidad emocional, sino que aporta estructura y propósito a sus vidas, elementos que son críticos en las etapas formativas (Zanarini et al., 2012; Cruitt & Oltmanns, 2019).

Limitaciones

Si bien los resultados de esta revisión sistemática narrativa aportan información relevante, es crucial reconocer las limitaciones que enmarcan su alcance y generalización. A continuación, se detallan los principales factores que restringen su aplicabilidad clínica.

La metodología de los estudios revisados, la inclusión de diseños tanto transversales como longitudinales en esta revisión sistemática representa una fortaleza, pero también introduce complejidad a la hora de su interpretación. Por un lado, esta diversidad metodológica enriquece el análisis al permitir explorar el fenómeno desde perspectivas complementarias: los diseños transversales (ej., Beyer et al., 2003; Thuairé et al., 2020) ofrecen una “instantánea comparativa” entre grupos etarios, lo que resulta clave para contrastar manifestaciones clínicas entre jóvenes y mayores con TMG, uno de los ejes centrales de esta revisión. Mientras que, los estudios

longitudinales (ej., Cohen & Murante, 2018; Schouws et al., 2012) aportan información sobre la trayectoria temporal de los trastornos, revelando si el deterioro cognitivo o la estabilidad sintomática son inherentes al envejecimiento o a la cronicidad de la enfermedad. No obstante, esta heterogeneidad también supone una limitación. La coexistencia de diseños con objetivos y alcances distintos dificulta la síntesis de conclusiones unificadas. Por ejemplo, mientras los estudios longitudinales sugieren estabilidad cognitiva a medio plazo en la esquizofrenia (Cohen & Murante, 2018), los transversales señalan un envejecimiento acelerado en dominios específicos (Thuaire et al., 2020), lo que podría reflejar no solo diferencias metodológicas, sino también sesgos de selección o variabilidad en los instrumentos de medición.

Con respecto a la representatividad de las muestras, varios trabajos presentan sesgos de selección al haber reclutado muestras poco representativas. Por ejemplo, trabajos como el de Dols et al. (2018) excluyeron sistemáticamente a pacientes institucionalizados o con comorbilidades físicas graves, centrándose únicamente en casos ambulatorios "estables". Esta decisión omite a un subgrupo latente en la práctica clínica: personas con expresiones severas del trastorno bipolar, cuyo deterioro funcional o cognitivo podría ser más pronunciado. De manera similar, Schouws et al. (2012) restringieron su muestra a pacientes eutímicos y sin deterioro cognitivo grave, lo que podría reflejar una realidad clínica idealizada, alejada de la complejidad habitual en la práctica geriátrica. Por otro lado, estudios como el de Beyer et al. (2003) presentan una sobrerrepresentación de adultos mayores blancos con alto nivel educativo, un perfil demográfico que no refleja la diversidad socioeconómica y cultural de las poblaciones clínicas reales. Este sesgo es particularmente problemático en los trastornos mentales graves, donde factores como el acceso a servicios de salud, el estigma o las redes de

apoyo varían significativamente entre grupos étnicos y niveles socioeconómicos (Miranda et al., 2003).

Otra limitación recurrente en la literatura analizada es la falta de control sistemático de variables críticas, como el tipo y duración de los tratamientos farmacológicos, las comorbilidades médicas o el apoyo social. Estudios como el de Cohen y Murante (2018) no evaluaron cómo el uso prolongado de antipsicóticos de primera generación afectaba a la cognición. Estos fármacos se asocian a efectos adversos cognitivos (p. ej., lentitud mental, déficits en memoria de trabajo) y motores (tardive dyskinesia; Kefee et al., 2007). Si parte de la muestra los consumió durante años, su impacto acumulativo podría enmascarse como deterioro por envejecimiento o, por el contrario, explicar subgrupos con peor rendimiento.

También, Strejilevich y Martino (2013) omitieron en su estudio factores críticos como el historial de episodios maníacos previos. Al comparar la cognición entre pacientes jóvenes y mayores con trastorno bipolar, el estudio no consideró la frecuencia o gravedad de episodios maníacos a lo largo de la vida. Estas omisiones generan incertidumbre sobre si las asociaciones observadas se deben al envejecimiento, a la enfermedad o a interacciones no medidas. A esto se suma que algunos trabajos emplearon instrumentos desactualizados o inespecíficos para poblaciones geriátricas, como el DSSI (Duke Social Support Index) en Beyer et al. (2003), cuya validez en adultos mayores con trastorno bipolar no está plenamente respaldada (Pachana et al., 2007). Finalmente, el tamaño muestral reducido en estudios como el de Beyer et al. (2003) (n=29) o Strejilevich y Martino (2013) (n=24 por grupo) restringe la capacidad estadística para identificar efectos sutiles, lo que incrementa la probabilidad de obtener conclusiones equivocadas.

Con respecto a las limitaciones propias de este trabajo, es relevante mencionar que, si bien se siguió un protocolo estandarizado, la revisión fue realizada por una única investigadora, lo que podría introducir sesgos en la selección e interpretación de los estudios. Este sesgo se acentuó al emplear únicamente el MMAT para evaluar la calidad metodológica, ya que sus criterios genéricos (p. ej., “¿El diseño es adecuado para el objetivo del estudio?”) demandaron interpretaciones subjetivas durante la evaluación. Además, aunque se priorizó la objetividad, el análisis de síntesis narrativo (a diferencia de un metaanálisis) carece de cuantificación estadística, lo que limita la generalización de algunas conclusiones.

Además, la inclusión de múltiples trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, TLP) en un mismo análisis, si bien enriquece la perspectiva, también complica la extrapolación de los hallazgos, dado que cada condición tiene mecanismos etiológicos y trayectorias clínicas distintivas. Además, el número de estudios incluidos (n=10) es modesto, con predominio de investigaciones centradas en esquizofrenia y trastorno bipolar, lo que deja fuera otros TMG relevantes en la vejez, como los trastornos psicóticos no afectivos. En particular, un trastorno con alta prevalencia y complejidad clínica en adultos mayores como el TLP, solo está representado por un único estudio (Cruitt & Oltmanns, 2019), lo que imposibilita contrastar conclusiones o identificar patrones específicos para esta población. Esta limitación no solo refleja un vacío en la literatura científica, sino que también restringe la utilidad clínica de esta revisión para profesionales que trabajan con TMG diversos. Sin evidencia sólida sobre el TLP u otros trastornos, las recomendaciones derivadas de este trabajo se concentran en esquizofrenia y bipolaridad, perpetuando la invisibilidad de condiciones igualmente discapacitantes en la vejez. Futuras investigaciones deberían priorizar el estudio de TMG subrepresentados, asegurando que los modelos asistenciales respondan a la

heterogeneidad real de este colectivo. Por último, destacar que la mayoría de los estudios incluidos en la revisión provienen de países occidentales de altos ingresos (ej., EE.UU., Países Bajos), lo que restringe la aplicabilidad de los resultados a contextos culturales o sistemas sanitarios con recursos limitados.

En resumen, esta revisión sistemática subraya que, aunque los estudios analizados aportan claves valiosas sobre la trayectoria de los trastornos mentales graves en personas mayores, sus limitaciones metodológicas (diseños heterogéneos, muestras poco representativas y omisión de factores críticos como el impacto farmacológico acumulado), junto con la escasez de investigaciones sobre trastornos como el TLP o contextos no occidentales, impiden establecer conclusiones definitivas.

Futuras investigaciones deberían priorizar el desarrollo de estudios longitudinales multicéntricos (llevados a cabo en varios centros o ubicaciones), con diseños metodológicos mixtos (cualitativos y cuantitativos). Los estudios deberían reclutar muestras representativas y heterogéneas, incluyendo poblaciones institucionalizadas, minorías étnicas y pacientes con comorbilidades médicas significativas. De esta manera, se podrá concretar el impacto del envejecimiento natural de los efectos acumulativos de la cronicidad de los TMG, los tratamientos farmacológicos a largo plazo (e.g., antipsicóticos de primera generación) y las variables psicosociales (redes de apoyo social). Asimismo, es urgente validar instrumentos de evaluación psicogeriatría que capturen síntomas atípicos y limitaciones funcionales, así como explorar aquellos trastornos subrepresentados (TLP, psicosis no afectivas) y los contextos no occidentales.

Conclusiones

La presente revisión sistemática aborda la evolución de los trastornos mentales graves (TMG) en personas mayores, destacando las particularidades clínicas, cognitivas

y psicosociales que diferencian a este grupo de poblaciones más jóvenes. Los hallazgos principales y sus implicaciones se resumen a continuación:

Heterogeneidad en la Trayectoria Cognitiva. Los resultados desafían la noción de un "envejecimiento acelerado" uniforme en el TMG. En la esquizofrenia, la cognición puede mantenerse estable o mejorar con el tiempo, respaldando el modelo de heterogeneidad del curso. En el trastorno bipolar, los déficits cognitivos suelen estabilizarse tras el inicio clínico. Sin embargo, los dominios específicos (p. ej., funciones ejecutivas) muestran mayor vulnerabilidad al deterioro, vinculado a factores neurobiológicos y tratamientos farmacológicos prolongados. Esto subraya la necesidad de enfoques personalizados que consideren la variabilidad individual y el impacto de medicamentos como los antipsicóticos de primera generación.

Diferencias sintomáticas y funcionales. En las personas mayores con trastorno bipolar, se observa una mayor carga de síntomas maníacos subsindrómicos y un inicio más frecuente de episodios maníacos en comparación con jóvenes. Aunque la frecuencia de episodios agudos no aumenta, la acumulación de discapacidad y comorbilidades médicas agrava el deterioro funcional. En esquizofrenia, la autoeficacia emerge como un predictor clave del funcionamiento diario, mediado por la reducción de los síntomas negativos. Estas diferencias exigen intervenciones adaptadas, como rehabilitación cognitiva y terapias psicosociales (p. ej., TCC), para mejorar la independencia y calidad de vida.

Factores Psicosociales Críticos. El apoyo social percibido como insuficiente y el desempleo impactan significativamente en la salud mental, especialmente en trastornos como el límite de la personalidad. En personas mayores, fortalecer las redes sociales y promover la integración comunitaria podría mitigar los síntomas depresivos.

En jóvenes, los programas de empleo protegido o voluntariado podrían aportar estructura y propósito a sus vidas, reduciendo la inestabilidad emocional.

Limitaciones y Brechas en la Evidencia. La revisión evidencia limitaciones metodológicas en los estudios analizados, como muestras poco representativas (sobrerrepresentación de poblaciones blancas y de alto nivel educativo), falta de control de variables críticas (tratamientos farmacológicos, comorbilidades) y escasez de investigación en TMG subrepresentados (p. ej., trastorno límite de la personalidad). Además, la mayoría de los estudios provienen de países occidentales, lo que limita la aplicabilidad en contextos multiculturales o con recursos limitados, e impide establecer conclusiones definitivas.

Recomendaciones Para Futuras Investigaciones. Se prioriza la realización de estudios longitudinales multicéntricos con muestras heterogéneas (incluyendo minorías étnicas, poblaciones institucionalizadas y pacientes con comorbilidades), así como la validación de instrumentos específicos para adultos mayores. Asimismo, es crucial explorar los TMG menos estudiados (TLP) y profundizar en el impacto de intervenciones farmacológicas y psicosociales adaptadas a la vejez.

En conclusión, esta revisión aporta un marco para comprender la complejidad de los TMG en la vejez, destacando la urgencia de políticas sanitarias e investigaciones que prioricen las necesidades específicas de este grupo en crecimiento. Los resultados refuerzan la necesidad de abandonar enfoques terapéuticos estandarizados y adoptar modelos asistenciales integrales que integren la evaluación cognitiva, el manejo de los síntomas residuales y el apoyo psicosocial. Los profesionales deben considerar las particularidades del envejecimiento, como la fragilidad física y la acumulación de discapacidad, para ofrecer tratamientos éticos y basados en la evidencia, alineados con los principios de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE). Además, es fundamental

dedicar más recursos y tiempo a estudiar a fondo esta población. Únicamente de esta manera podremos responder con precisión a las preguntas formuladas en esta revisión y convertir las respuestas en directrices clínicas que consideren la singularidad biográfica, social e individual de cada persona mayor. El envejecimiento global no solo implica un reto demográfico, sino una responsabilidad ética de transformar los sistemas de atención sanitaria, de manera que valoren y comprendan la heterogeneidad y la complejidad de esta población frecuentemente desatendida.

Referencias

- Abdul-Hamid, W., Johnson, S., Thornicroft, G., Holloway, F., & Stansfeld, S. (2009). The Camberwell elderly mentally ill and their needs for services. *The International journal of social psychiatry*, *55*(1), 82–90.
<https://doi.org/10.1177/0020764008093450>
- American Psychological Association. (2006a). *Evidence-based practice in psychology*. *American Psychologist*, *61*(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>.
- Andreasen, N. C. (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Conceptual and theoretical foundations. *British Journal of Psychiatry, Supplement*, (7), 49–58.
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., ... & Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(2), 125-131
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191–215.
- Barker, S., Barron, N., McFarland, B. H., & Bigelow, D. A. (1994). A community ability scale for chronically mentally ill consumers: Part I. Reliability and validity. *Community Mental Health Journal*, *30*(4), 363–383. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7956112>
- Bartels, S. J., & Pratt, S. I. (2009). Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. *Current opinion in psychiatry*, *22*(4), 381-385.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Benton, A. L., & Hamsher, K. de S. (1976). *Multilingual Aphasia Examination*.
University of Iowa.
- Benton, A. L., Hamsher, K. de S., & Sivan, A. B. (1994). *Multilingual Aphasia Examination* (3rd ed.). AJA Associates
- Beyer, J. L., Kuchibhatla, M., Looney, C., Engstrom, E., Cassidy, F., & Krishnan, K. R. R. (2003). Social support in elderly patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 5(1), 22-27.
- Blazer, D. G. (2000). Psychiatry and the oldest old. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1915-1924.
- Bora, E., & Özerdem, A. (2017). Meta-analysis of longitudinal studies of cognition in bipolar disorder: comparison with healthy controls and schizophrenia. *Psychological medicine*, 47(16), 2753-2766.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The list of threatening experiences: A subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15(1), 189–194. <https://doi.org/10.1017/S003329170002105X>.
- Burgess, P. W., & Shallice, T. (1996). Response suppression, Initiation and strategy use following frontal lobe lesions. *Neuropsychologia*, 34(4), 263e272. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(95\)00104-2](https://doi.org/10.1016/0028-3932(95)00104-2).
- Chen, Y., & Li, W. (2021). Prevalence, Influencing Factors, and Cognitive Characteristics of Depressive Symptoms in Elderly Patients with Schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 3645–3654. <https://doi.org/10.2147/NDT.S341297>.

- Clarys, D., Bugajska, A., Tapia, G., & Baudouin, A. (2009). Ageing, remembering, and executive function. *Memory*, *17*(2), 158–168. <https://doi.org/10.1080/09658210802188301>
- Coblentz, J. M., Mattis, S., Zingesser, L. H., Kasoff, S. S., Wiśniewski, H. M., & Katzman, R. (1973). Presenile dementia. Clinical aspects and evaluation of cerebrospinal fluid dynamics. *Archives of Neurology*, *29*(5), 299–308
- Cochrane. (2022). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. <https://training.cochrane.org/handbook/current>
- Cohen, C. I., Hassamal, S., & Begum, N. (2011). General coping strategies and their impact on quality of life in older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *125*(2-3), 212–218.
- Cohen, C. I., & Murante, T. (2018). A prospective analysis of the role of cognition in three models of aging and schizophrenia. *Schizophrenia research*, *196*, 22-28.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cruitt, P. J., & Oltmanns, T. F. (2019). Unemployment and the relationship between borderline personality pathology and health. *Journal of research in personality*, *82*, 103863.
- Delis, D. C., Kaplan, E., & Kramer, J. H. (2001). *Examiner's manual, Delis Kaplan executive function system*. Psychological Corporation.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2004). Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar disorders*, *6*(5), 343-367.
- Depp, C. A., Lindamer, L. A., Folsom, D. P., Gilmer, T., Hough, R. L., Garcia, P., & Jeste, D. V. (2005). Differences in clinical features and mental health service

- use in bipolar disorder across the lifespan. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13(4), 290–298. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.4.290>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Dols, A., Korten, N., Comijs, H., Schouws, S., van Dijk, M., Klumpers, U., ... & Stek, M. (2018). The clinical course of late-life bipolar disorder, looking back and forward. *Bipolar Disorders*, 20(5), 459-469.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905–1907.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15–24.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- Golden, C. J. (1978). *Stroop Color and Word Test*. Stoelting.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572.
- Granholt, E., Auslander, L. a., Gottlieb, J. D., McQuaid, J. R., & McClure, F. S. (2006). Therapeutic factors contributing to change in cognitive-behavioral group therapy for older persons with schizophrenia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1), 31–41. <https://doi.org/10.1007/s10879-005-9004-7>.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality

- disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827-837.
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., ... & WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *The world journal of biological psychiatry*, 14(1), 2-44.
- Hays, R. D., & Morales, L. S. (2001). The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of Medicine*, 33(5), 350–357.
- Heaton, R. K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test*. Psychological Assessment Resources.
- Jersild, A. T. (1927). Mental set and shift. *Archives of Psychology*, 14(89), 1–82.
- Jeste, D. V., Wolkowitz, O. M., & Palmer, B. W. (2011). Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(3), 451-455.
- Johnson, S. L., Meyer, B., Winett, C., & Small, J. (2000). Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *Journal of Affective Disorders*, 58(1), 79-86.
- Kalache, S. M., Mulsant, B. H., Davies, S. J., Liu, A. Y., Voineskos, A. N., Butters, M. A., ... & Rajji, T. K. (2015). The impact of aging, cognition, and symptoms on functional competence in individuals with schizophrenia across the lifespan. *Schizophrenia bulletin*, 41(2), 374-381.
- Kaplan, E., Goodglass, H., & Weintraub, S. (1983). *The Boston Naming Test* (2nd ed.). Lea & Febiger.

- Karel, M. J., Gatz, M., & Smyer, M. A. (2012). Aging and mental health in the decade ahead: what psychologists need to know. *American psychologist*, 67(3), 184.
- Kay, S. R., Opler, L. A., & Fiszbein, A. (1992). *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) user's manual*. Multi-Health Systems.
- Keefe, R. S., Bilder, R. M., Davis, S. M., Harvey, P. D., Palmer, B. W., Gold, J. M., ... & Neurocognitive Working Group. (2007). Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. *Archives of general psychiatry*, 64(6), 633-647.
- Kemner, S. M., Mesman, E., Nolen, W. A., Eijckemans, M. J. C., & Hillegers, M. H. (2015). The role of life events and psychological factors in the onset of first and recurrent mood episodes in bipolar offspring: results from the Dutch Bipolar Offspring Study. *Psychological medicine*, 45(12), 2571-2581.
- Landerman, R., George, L. K., Campbell, R. T., & Blazer, D. G. (1989). Alternative models of the stress buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 17(3), 425-443.
- Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service-oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37(1), 91-99.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Luteijn, F., & van der Ploeg, F. A. E. (1983). *Handleiding Groninger Intelligentietest (GIT)* [Manual Groningen Intelligence Test]. Swets & Zeitlinger.

- Marenco, S., & Weinberger, D. R. (2000). The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: following a trail of evidence from cradle to grave. *Development and psychopathology*, *12*(3), 501-527.
- McDermott, B. E. (1995). Development of an instrument for assessing self-efficacy in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychology*, *51*(3), 320–331.
- Miranda, J., Nakamura, R., & Bernal, G. (2003). Including ethnic minorities in mental health intervention research: A practical approach to a long-standing problem. *Culture, medicine and psychiatry*, *27*, 467-486.
- Moran, M., & Lawlor, B. (2005). Late-life schizophrenia. *Psychiatry*, *4*(11), 51-55.
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cannon, T. D., ... & Young, J. W. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: Test selection, psychometric properties, and norms. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(5), 775–791.
- Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2006). Perceptions of self and others regarding pathological personality traits. In R. F. Krueger & J. L. Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp. 71–111). New York: Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud (2023). Salud mental de los adultos mayores. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, *19*(1), 103-114.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R.,

- Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patterson, T. L., Goldman, S., McKibbin, C. L., Hughs, T., & Jeste, D. V. (2001). UCSD Performance-Based Skills Assessment: Development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 235–245.
- Patterson, T. L., Mausbach, B. T., McKibbin, C., Goldman, S., Bucardo, J., & Jeste, D. V. (2006). Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia research*, 86(1-3), 291-299.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337–356.
- Petrides, M., & Milner, B. (1982). Deficits on subject-ordered tasks after frontal- and temporal-lobe lesions in man. *Neuropsychologia*, 20(3), 249–262.
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O’Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.-P., & Rousseau, M. C. (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*. Recuperado de <http://mixedmethodsappraisal.com/public.pbworks.com>.
- Pratt, S. I., Mueser, K. T., Smith, T. E., & Lu, W. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: A mediational analysis. *Schizophrenia Research*, 78(2–3), 187–197. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.014>.

- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., & Mann, A. H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological medicine*, *27*(2), 323-332.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*(3), 385-401.
- Rector, N. A., Beck, A. T., & Stolar, N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: A cognitive perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(5), 247-257.
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, *8*(3), 271-276.
- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Presses Universitaires de France.
- Rogers, R. D., & Monsell, S. (1995). Costs of a predictable switch between simple cognitive tasks. *Journal of Experimental Psychology: General*, *124*(2), 207-231. <https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.1037/0096-3445.124.2.207>
- Schmand, B., & Lindeboom, J. (2005). *The Amsterdam Short Term Memory Test*. Psychologische Instrumenten, Tests en Services (PITS).
- Schouws, S. N., Stek, M. L., Comijs, H. C., Dols, A., & Beekman, A. T. (2012). Cognitive decline in elderly bipolar disorder patients: A follow-up study. *Bipolar Disorders*, *14*(7), 749-755.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Dunbar, G. C., & the MINI International Neuropsychiatric Interview Working Group. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric

- interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22-33; quiz 34.
- Shobassy, A. (2021). Elderly bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports*, 23, 1-10.
- Signoret, J.-L., & Whiteley, A. (1979). A memory battery scale. *International Neuropsychological Society Bulletin*, 1(1), 2–26.
- Sokolovsky, J., & Cohen, C. I. (1981). Toward a resolution of methodological dilemmas in network mapping. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 109–116.
- Spector, A., & Biederman, I. (1976). Mental set and mental shift revisited. *American Journal of Psychology*, 89(4), 669–679.
- Strejilevich, S. A., & Martino, D. J. (2013). Cognitive function in adulthood and elderly euthymic bipolar patients: A comparison to test models of cognitive evolution. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1188-1191.
- Strejilevich, S., Szmulewicz, A., Igoa, A., Marengo, E., Caravotta, P., & Martino, D. (2019). Episodic density, subsyndromic symptoms, and mood instability in late-life bipolar disorders: A 5-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(7), 950-956.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643–662. <https://doi.org/10.1037/h0054651>
- Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Altshuler, L. L., McElroy, S. L., ... Post, R. M. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 45–59.
- Suzuki, H., Gen, K., & Inoue, Y. (2011). An unblinded comparison of the clinical and cognitive effects of switching from first-generation antipsychotics to aripiprazole, perospirone or olanzapine in patients with chronic

- schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(1), 161-168.
- Thakur, U., & Varma, A. R. (2023). Psychological Problem Diagnosis and Management in the Geriatric Age Group. *Cureus*, 15(4).
- Thuair, F., Rondepierre, F., Bacon, E., Vallet, G. T., Jalenques, I., & Izaute, M. (2020). Executive functions in schizophrenia aging: Differential effects of age within specific executive functions. *Cortex*, 125, 109-121.
- Vahia, I., Bankole, A. O., Reyes, P., Diwan, S., Palekar, N., Sapra, M., ... & Cohen, C. I. (2007). Schizophrenia in Later Life. *Aging Health*, 3(3), 383–396.
<https://doi.org/10.2217/1745509X.3.3.383>
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., Liberman, R. P., Green, M. F., & Shaner, A. (1993). Appendix 1: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) expanded version 4.0 scales, anchorpoints and administration manual. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3(4), 227–243.
- Viscardi, L. H., Rosa, V., Vilanova, F., Grevet, E. H., DottoBau, C. H., Rodrigues-Lobato, M. I., ... & Costa, A. B. (2024). The association between personal stigma and adherence to treatment in patients diagnosed with bipolar mood disorder, attention deficit/hyperactivity disorder and schizophrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1) <https://doi.org/10.5944/rppc.37815>.
- Wallace, C. J., Liberman, R. P., Tauber, R., & Wallace, J. (2000). The independent living skills survey: A comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally ill individuals. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 631–658.
- Wechsler, D. (1955). *Wechsler Adult Intelligence Scale*. Psychological Corporation.

- Wechsler, D. (1981). *WAIS-R manual, Wechsler Adult Intelligence Scale–Revised*.
Psychological Corporation.c
- Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, *44*(7), 660-669.
- Wright, A. C., Browne, J., Cather, C., Pratt, S. I., Bartels, S. J., & Mueser, K. T. (2021). Does self-efficacy predict functioning in older adults with schizophrenia? A cross-sectional and longitudinal mediation analysis. *Cognitive Therapy and Research*, *45*, 136-148.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(3), 523–537.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbm114>.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, *133*(5), 429–435.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *169*(5), 476-483.
- Zlomuzica, A., Preusser, F., Schneider, S., & Margraf, J. (2015). Increased perceived self-efficacy facilitates the extinction of fear in healthy participants. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *9*, 1–12.
<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2015.00270>.

Anexos

Anexo 1. Estrategia de Búsqueda

| DB | # | Search's equation |
|-----------------|-----------------|---|
| PsycINFO | 1 | (DE "Older Adulthood" OR DE "Geriatric Patients" OR DE "Older Adults" OR DE "Geriatrics" OR DE "Gerontology" OR DE "Nursing Home Residents" OR "Older person" OR "Older adult" OR "Older persons" OR "Aging" OR "Old Age" OR "Ageing") |
| | 2 | (DE "Serious Mental Illness" OR DE "Schizoaffective Disorder" OR DE "Psychosis" OR DE "Bipolar Disorder" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR "Severe mental disorder" OR "Psychotic" OR "Serious mental disorder" OR "Severe mental disease" OR "Serious mental disease" OR "Severe Mental Illness" OR "Schizophrenia" OR "Severe psychiatric condition") |
| | Time | ([2000-2023]/py) |
| | F2 | ([english]/lim OR [spanish]/lim) |
| | F3 | NOT animals |
| | #1 AND #2 | |
| Scopus | 1 | (TITLE-ABS-KEY ("Older adult*")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Older person*")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Aging")) OR #r OR (TITLE-ABS-KEY ("Geriatric")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Senior")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Late adulthood")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Gerontology")) |
| | 2 | (TITLE-ABS-KEY ("Severe Mental Illness")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Serious mental illness")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Severe mental disorder*")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Serious mental disorder*")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Severe mental disease")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Serious mental disease")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Severe psychiatric condition")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Psychotic disorder*")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Bipolar disorder")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Schizo*")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Personality disorder*")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Psychosis")) |
| | Time | 2000 to 2023 |
| | F2 | AND LA (English OR Spanish) AND PO (human) |
| | F3 | Limitations - Type of publication excluded: letter, editorial, note, book, erratum, retracted, conference review, retracted, data paper |
| | F4 | Keyword excluded: NONHuman, genetics, Animals, Animal, Animal, drug efficacy, pathophysiology, unclassified drug, diabetes mellitus, drug safety, drug effect, central nervous system, drug withdrawal, epilepsy, autism, gene expression, hippocampus, drug tolerability |
| #1 AND #2 | | |
| Pubmed | 1 | ("Aged"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Older adult*" [All fields] OR "Older person*" [All fields] OR "Aging" [All fields] OR "Elder*" [All fields] OR "Ageing" [All fields] OR "Older" [All fields] OR "Geriatric" [All fields] OR "Senior" [All fields] OR "Late adulthood" [All fields]) |

| | |
|-----------------|--|
| 2 | ("Bipolar Disorder"[Mesh] OR "Schizoid Personality Disorder"[Mesh] OR "Schizotypal Personality Disorder"[Mesh] OR "Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders"[Mesh] OR "Personality Disorder*" [All fields] OR "Schizo*" [All fields] OR "Psychotic disorder*" [All fields] OR "Severe Mental Disorder*" [All fields] OR "Severe Mental Illness" [All fields] OR "Serious mental disorder*" [All fields] OR "Severe mental disease" [All fields] OR "Serious mental disease" [All fields] OR "Psychosis" [All fields] OR "Severe psychiatric condition" [All fields]) |
| Time | 2000 to 2023 |
| F2 | AND LA (English OR Spanish) AND PO (human) |
| | Document type include: classical study, clinical study, comparative study, guideline, meta-analysis, practice guideline, randomized controlled trial, review, systematic review |
| #1 AND #2 | |

Anexo 2. Plantilla Hoja de Cálculo Excel para la Extracción de Datos

| Datos | | | | Trastorno mental grave | | | | Diseño | Objetivo | Seguimiento (meses) | N mayores | N control | Edad (DE) | | |
|--------|-------|--------------------|------|------------------------|---------------|---------|--------------|--------|----------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------|-----------------|
| Título | Autor | Año de publicación | País | Mixto | Esquizofrenia | Bipolar | Personalidad | | | | | | X total | X grupo mayores | X grupo control |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| Variables evaluadas | Instrumentos de medición | Principales hallazgos | Conclusiones | Limitaciones |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Tabla A3

Tabla Comparativa De Estudios Incluidos: Variables Demográficas Y Seguimiento En TMG Según Grupos Etarios

| Autor y año de publicación | N total | Sexo (%M / %H) | Edad media (DE) | | | | Rango de edad | Tiempo de seguimiento | |
|-------------------------------|---------|-------------------|-----------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| | | | Media total | Grupo mayores TMG | Grupo jóvenes TMG | Grupo control mayores | | | Grupo control jóvenes |
| Cruitt & Oltmanns (2019) | 1536 | 55% M / 45% H | 59,55 | 59,55 (2,74) | | | 54-65 | 6-109 meses (X=51,5) | |
| Beyer et al. (2003) | 141 | 69,5% M / 30,5% H | 43,9 | 60,1 (9,97) | 34,8 (9,94) | 65,5 (7,5) | 30,1 (8,33) | 18-89 | |
| Cohen & Murante (2018) | 103 | 46% M / 54% H | 60,6 | 60,6 (5,3) | | ≥55 | ≥55 | 12-116 meses (X=52,5) | |
| Schouws et al. (2012) | 107 | 60,8% M / 39,3% H | 70 | 68,35 (6,5) | | 72,75 (8) | 60-90 | 24 meses | |
| Strejilevich & Martino (2013) | 68 | 82,4% M / 17,7% H | 56,6 | 67,46 (7,51) | 34,13 (8,24) | 70,50 (7,37) | 25-78 | | |
| Thuair et al. (2020) | 124 | 43,6% M / 56,5% H | 46,6 | 63,4 (4) | J: 28,3 (4,3) ME: 42,8 (4,4) | 63,7 (3,9) | J: 28,9 (4,3) ME: 42,7 (4) | 18-76 | |
| Kalache et al. (2015) | 232 | 31% M / 69 % H | 49,1 | | | | 19-79 | | |
| Wright et al. (2021) | 103 | 46 % M / 56% H | 58,81 | 58,81 (7,22) | | | 50-78 | 12, 24 y 36 meses (X=24) | |
| Strejilevich et al. (2019) | 90 | 70% M / 30% H | 48 | 61,6 (8,3) | 38,3 (6,2) | | 32-70 | 36-88 meses (X=60) | |
| Dols et al. (2018) | 101 | 55% M / 45% H | 68,9 | 67,9 (7,3) | | | 61-98 | 36 meses | |

Nota: TMG, trastorno mental grave; DE, desviación estándar; X, media; J, jóvenes; ME, mediana edad.

Tabla A4*Variables e Instrumentos de Evaluación*

| Referencia | Variables evaluadas | Instrumentos de evaluación |
|--------------------------|------------------------------------|--|
| Cruitt & Oltmanns (2019) | Patología de la personalidad | Structured Interview for DSM- IV Personality (Pfohl, Blum, & Zimmerman, 1997), Multisource Assessment of Personality Pathology (Oltmanns & Turkheimer, 2006), NEO Personality Inventory-Revised (Costa & McCrae, 1992) |
| | Estado laboral | List of Threatening Events Questionnaire (Brugha, Bebbington, Tennant, & Hurry, 1985) |
| | Estado de salud física | RAND-36 Health Status Inventory (Hays & Morales, 2001) |
| | Síntomas depresivos | Beck Depression Inventory II (Beck, Steer, & Brown, 1996) |
| | Satisfacción vital | Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) |
| Beyer et al. (2003) | Apoyo social | The Duke Social Support Index (Landerman, George, Campbell, & Blazer, 1989) |
| Cohen & Murante (2018) | Cognición | Dementia Rating Scale (Coblentz et al., 1973). |
| | Sintomatología positiva y negativa | The Positive and Negative Syndrome Scale (Kay et al., 1992) |
| | Sintomatología depresiva | Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977) |
| | Calidad de vida | The Quality of Life Index (Ferrans and Powers, 1985) |

| Referencia | Variables evaluadas | Instrumentos de evaluación |
|-------------------------------|--|--|
| | Uso problemático de alcohol | The CAGE questionnaire (Ewing, 1984) |
| | Estrategias de afrontamiento cognitivo | Cognitive Coping Strategy Scale (Cohen et al., 2011) |
| | Salud física y funcionalidad | The Multilevel Assessment Inventory and the Physical Self-Maintenance Scale (Lawton et al., 1982) |
| | Red social | The Network Analysis Profile (Sokolovsky and Cohen, 1981) |
| | Tensión financiera | The Financial Strain Scale (Pearlin et al., 1981) |
| | Efectos secundarios de medicamentos | Medication Side Effects Scale (Cohen & Murante, 2018) |
| Schouws et al. (2012) | Rendimiento neurocognitivo | The Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) y Batería neuropsicológica: Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition (Wechsler, 1981), Trail Making Test (Reitan, 1958), The Amsterdam Short Term Memory Test (Schmand & Lindeboom, 2005), 10 Word Test (Rey, 1964), Stroop Color Word Test (Golden, 1978), Control Oral Word Association Test (Benton & Hamsher, 1976) y Animal and Occupation Naming subtest of the Groningen Intelligence Test (Luteijn & van der Ploeg, 1983). |
| Strejilevich & Martino (2013) | Neurocognición | WAIS vocabulary subtest, Forward Digit Span y Backward Digit Span (Wechsler, 1955), Memory Battery of Signoret (Signoret and Whiteley, 1979), Boston Naming Test (Kaplan et al., 1983), Wisconsin Card Sorting Test (Heaton, 1981), phonological fluency (Benton et al., 1983). |
| Thuairé et al. (2020) | Funciones ejecutivas: 1) Cambio de tarea (shifting) | Plus-minus task (Jersild, 1927; Spector & Biederman, 1976) & Number-letter task (Rogers & Monsell, 1995). |

| Referencia | Variables evaluadas | Instrumentos de evaluación |
|----------------------------|---|---|
| | 2) Actualización (updating) | N-Back Task (Clarys, Bugajska, Tapia, & Baudouin, 2009; Perrotin, Belleville, & Isingrini, 2007) & Self-Ordered Pointing Task (Petrides & Milner, 1982). |
| | 3) Inhibición (inhibition) | Stroop color word task (Stroop, 1935) & Hayling sentence Completion Test (Burgess & Shallice, 1996). |
| | 4) Acceso a la memoria a largo plazo (access) | Verbal fluency tasks (Thuairé et al., 2020) |
| Kalache et al. (2015) | Competencia funcional | University of San Diego Performance-Based Skills Assessment (Patterson et al., 2001) |
| | Cognición | Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS)-Consensus Cognitive Battery (Nuechterlein et al., 2008) |
| Wright et al. (2021) | Autoeficacia | Revised Self-Efficacy Scale (McDermott 1995) |
| | Neurocognición | Delis-Kaplan Executive Functioning System (Delis et al. 2001) & California Verbal Learning Tests. |
| | Sintomatología positiva y negativa | Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen 1989) & 24-item Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (Ventura et al. 1993) |
| | Funcionamiento psicosocial | The University of San Diego Performance-Based Skills Assessment (Patterson et al. 2001), The Multnomah Community Ability Scale (Barker et al. 1994) & The Independent Living Skills Survey (Wallace et al. 1997). |
| Strejilevich et al. (2019) | Densidad de episodios de ánimo | Gráficos de vida basados en las calificaciones semanales del estado de ánimo modificada (Strejilevich et al., 2019) |
| | Densidad sintomática (frecuencia de sintomatología subsindrómica) | Gráficos de vida basados en las calificaciones semanales del estado de ánimo modificada (Strejilevich et al., 2019) |

| Referencia | Variables evaluadas | Instrumentos de evaluación |
|---|--|---|
| Dols et al. (2018) | Inestabilidad del estado de ánimo | Mood Instability Factor (Strejilevich et al., 2019) |
| | Capacidad funcional | Evaluación Global del Funcionamiento (GAF; Strejilevich et al., 2019) |
| | Variables retrospectivas (edad del primer episodio de estado de ánimo, polaridad del inicio, polaridad predominante y densidad de episodios) | The MINI interview (Folstein et al., 1975; Sheehan et al., 1998) |
| Variables prospectivas (curso clínico, polaridad, duración y recurrencia de los episodios de estado de ánimo) | Cuestionario de autoinforme (Dols et al., 2018) | |
| Características clínicas | The MINI interview (Folstein et al., 1975; Sheehan et al., 1998), Young Mania Rating Scale (Young, Biggs, Ziegler, & Meyer, 1978), the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977), the Questionnaire for Bipolar Disorder (Suppes et al., 2001), Global Assessment of Functioning (GAF), the Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975). | |
| | | |