

Monográfico / Monographic

¿Influyen las trayectorias familiares en la calidad de vida percibida en la vejez?

Do family trajectories influence the quality of life in old age?

Celia Fernández-Carro 
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.
celia.fernandez@poli.uned.es

Jordi Gumà 
Universidad Pompeu Fabra, España.
jordi.guma@upf.edu

Recibido / Received: 12/05/2021
Aceptado / Accepted: 13/12/2021



RESUMEN

Los eventos relacionados con la formación familiar; uniones y tenencia de hijas/os, condicionan la estructura de las redes sociales de las personas mayores, las cuales se han revelado como un factor clave para el bienestar a edades avanzadas. Este artículo aplica la perspectiva del curso de vida para explorar hasta qué punto el tipo de trayectoria familiar de mujeres y hombres mayores en España influye en su calidad de vida. Utilizando los datos retrospectivos para España de la encuesta *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) se ha generado una tipología de trayectorias familiares para mujeres y hombres mayores por separado. Posteriormente, se examina la asociación entre esas tipologías y el indicador CASP-12 mediante un modelo de regresión lineal multivariante. Los resultados muestran que solo las personas con trayectorias familiares caracterizadas por haber convivido en pareja, pero sin descendencia, mantienen niveles de calidad de vida en la vejez considerablemente más bajos, indistintamente del sexo.

Palabras clave: Personas mayores, curso de vida, enfoque biográfico, CASP-12, diferencias por sexo, España.

ABSTRACT

Life events related to family formation; partnership and having children, condition the structure of the social networks of older people, which in turn conditions the quality of life in old age. This work applies a life course approach to explore the relationship between

*Autor para correspondencia / Corresponding author: Celia Fernández-Carro, celia.fernandez@poli.uned.es

Sugerencia de cita / Suggested citation: Fernández-Carro, C. y Gumà, J. (2022). ¿Influyen las trayectorias familiares en la calidad de vida percibida en la vejez?. *Revista Española de Sociología*, 31 (2), a109. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2022.109>

family trajectories of older men and women in Spain and their quality of life. The analysis uses the retrospective data for Spain of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), to generate a typology of family trajectories separately for men and women. After this, we examine the association between the resulting typologies and the CASP-12 indicator of quality of life, using a multivariate lineal regression model. The results showed that only the individuals with trajectories characterized by having a partner but not having children have a considerable low level of quality of life in old age, regardless the sex of the person.

Keywords: Older people, life course, CASP-12, gender, Spain.

INTRODUCCIÓN

El extraordinario aumento de la longevidad ha supuesto una profunda transformación del perfil epidemiológico de las personas mayores. El padecimiento de enfermedades letales se ha desplazado hacia edades cada vez más avanzadas, mientras que el tiempo de vejez con limitaciones físicas y cognitivas se prolonga, especialmente para las mujeres (Escobar-Bravo et al., 2012; García-González y Grande, 2019). Parece probado que viviremos más años, sin embargo ¿viviremos mejor? Responder a esta pregunta resulta clave para comprender las implicaciones sociales, sanitarias, económicas y políticas de la asombrosa transformación de la supervivencia. Más aún en un contexto de cambio demográfico como el actual, donde el incremento en términos absolutos y relativos de personas mayores ha dado a este colectivo un protagonismo sin precedentes. Si en 2020 la población con 65 o más años en España suponía el 19,6%, las proyecciones auguran que ese porcentaje alcanzará su máximo en 2050, situándose en el 31,4% (INE, 2020; 2021).

Un nivel óptimo de calidad de vida es esencial para preservar el bienestar en la vejez, ya que favorece, entre otras cosas, la participación social de las personas mayores. Paradigmas como el Envejecimiento Activo se erigen sobre esta idea, proponiendo mejorar las oportunidades en salud, participación y seguridad a medida que las personas envejecen. Eso ha convertido la mejora de la calidad de vida en el principal objetivo de las políticas de envejecimiento activo a nivel global (Fernández-Mayoralas y Rojo Pérez, 2021), que a su vez han visto en esta estrategia un medio para reducir costes relacionados con los servicios sanitarios y de cuidados de larga duración. El argumento es que la mala calidad de vida de las cohortes de edad avanzada, y no el envejecimiento demográfico en sí mismo, es uno de los factores que contribuyen al aumento del gasto sanitario (Oliva et al., 2018). El incremento de la esperanza de vida, por tanto, debe ir acompañado de una mejora del bienestar en edades avanzadas.

Las redes sociales se han revelado como uno de los principales condicionantes de la calidad de vida en la vejez. Entendidas como una constelación de relaciones interpersonales basadas en vínculos afectivos a través de la que se intercambian bienes y servicios de forma altruista (Antonucci y Akiyama, 1987), su influencia se manifiesta mediante diversos mecanismos que van desde la provisión directa de cuidados (instrumental, emocional, organizacional, etc.) al condicionamiento de los comportamientos relativos a la salud (normas, valores, actitudes, etc.), pasando por favorecer la integración social de los individuos (refuerzo de roles positivos, acceso a actividades, etc.), o facilitar el acceso a recursos personales y materiales (contactos directos e indirectos, oportunidades económicas, acceso a vivienda, etc.) (Berkman y Glass, 2000). Las personas mayores que cuentan con redes sociales de pequeño tamaño o declaran no estar satisfechas con sus relaciones interpersonales, presentan mayores niveles de mortalidad, morbilidad, y peor estado de salud percibido (Cacioppo y Cacioppo, 2014; Holt-Lunstad et al., 2010; Puga-González et al., 2021). Los estudios que

abordan explícitamente la relación entre las redes sociales y la calidad de vida en la vejez, aunque menos numerosos, van en la misma línea. Las características estructurales y funcionales de las redes sociales y familiares (Layte et al., 2013; Wiggins et al., 2004), así como el grado de satisfacción que se tiene con ellas (Webb et al., 2011), condicionan las evaluaciones que las personas mayores hacen de su calidad de vida.

Para arrojar luz sobre los elementos que condicionan la calidad de vida en la vejez en España, concretamente aquellos relacionados con el entorno social de las personas mayores, este trabajo se marca dos objetivos. El primero es aplicar un enfoque de curso de vida para examinar hasta qué punto las trayectorias familiares están relacionadas con la calidad de vida percibida en la vejez. Sabemos que las características de las redes sociales no son estáticas, sino que se transforman a lo largo de la vida. Al llegar a la vejez, la red social tiende a reducir su tamaño en torno al círculo familiar, siendo parejas e hijas/os sus figuras principales (Stoeckel y Litwin, 2013). Nuestra hipótesis de partida es que las trayectorias familiares podrían influir la calidad de vida de las personas mayores en la medida en que los eventos relacionados con la formación familiar: uniones y tenencia de hijas/os, condicionan la estructura de las redes sociales de las que se dispone en la vejez. Esto afectaría a la disponibilidad de las figuras principales y a sus posibles beneficios. Del mismo modo, la necesidad de usar un enfoque biográfico se fundamenta en el hecho de que el emparejamiento y la tenencia de hijas/os para las actuales generaciones de personas mayores en España se produjo sobre todo en edades jóvenes del curso de vida.

El segundo objetivo de nuestro análisis es comprobar si el efecto de las trayectorias familiares sobre la calidad de vida es diferente para mujeres y hombres mayores, dadas las diferencias por sexo tanto en los patrones de formación de familia (Castro y Seiz, 2014), como en los niveles de calidad de vida. Mientras algunos estudios apenas encuentran variaciones (Wiggins et al., 2004), otros muestran una peor calidad de vida en los hombres (Černovas et al., 2018), y otros en las mujeres (Rodríguez-Blázquez et al., 2020). El presente trabajo arroja nuevas evidencias para el caso concreto de la población española.

Este análisis, además, considera otras características como el estado de salud, el nivel educativo y el nivel de ingresos, ya que en algunos casos los factores proximales, es decir; a aquellas condiciones que el individuo presenta durante su vejez, tienen más peso que las trayectorias vitales (factores distales) como elementos condicionantes de la calidad de vida (Blane et al., 2012; Webb et al., 2011).

A pesar de que la perspectiva biográfica es fundamental para aproximar la influencia que los acontecimientos experimentados en etapas previas a la vejez tienen sobre la calidad de vida de las personas mayores (Blane et al., 2004), apenas existen estudios que empleen este enfoque. El vacío de investigaciones llama especialmente la atención dada la demostrada relación entre las trayectorias familiares y otros indicadores de bienestar como la salud percibida (Barban, 2013). Hasta donde conocemos, este es el primer estudio realizado con datos para España que utiliza un enfoque biográfico para comprender cómo las redes familiares más próximas condicionan la calidad de vida de las personas mayores.

MARCO TEÓRICO

Definir y evaluar la calidad de vida en la vejez

El uso de la *calidad de vida* como categoría científica emergió en los estudios gerontológicos a finales de la década de los años 60 del siglo XX para evaluar las condiciones de vida de las personas mayores en las denominadas sociedades del bienestar. Desde

entonces, el término ha sido objeto de debates y revisiones teóricas (Birren y Dieckmann, 1991; Fowlie y Berkeley, 1987; Moons et al., 2006), la cuales coinciden en señalar la falta de consenso sobre su definición. Como ya advirtió Fernández-Ballesteros (2011), la confusión conceptual se ha visto alimentada por el hecho de que varias disciplinas empleen “calidad de vida” para significar y medir cosas distintas: la equiparación de calidad de vida con *bienestar* que suele hacerse en las Ciencias Sociales, con *salud* en Medicina y Biología o con *satisfacción con la vida y felicidad* en Psicología. Tampoco ha ayudado que los conceptos de *calidad de vida percibida*, *calidad de vida relacionada con la salud* o *salud percibida* hayan sido utilizados como términos intercambiables (Karimi y Brazier, 2016).

En lo que sí coincide la literatura existente es en señalar que la calidad de vida es un concepto dinámico, multidimensional y complejo, en el que factores objetivos-subjetivos, estructurales-individuales, y positivos-negativos interactúan entre sí para configurarla (Brown et al., 2004; Felce y Perry, 1995; Walker, 2005). Así, la calidad de vida puede entenderse como una valoración del bienestar físico, psíquico, y social percibido por los individuos sobre el lugar que ocupan dentro de su entorno cultural y del sistema de valores en el que viven, así como con respecto a sus metas, expectativas, e inquietudes (OMS, 1996).

Esta ambigüedad conceptual ha dado lugar a múltiples herramientas de medición (para una revisión detallada ver: Bowling y Stenner, 2011). Se trata en su inmensa mayoría de escalas psicométricas diseñadas *ad hoc*, sin una fundamentación teórica clara, y que suelen evaluar la calidad de vida a través de las condiciones de salud de la población mayor. La escala CASP-19 se diseñó con la intención de superar estos déficits, ofreciendo un indicador sintético que 1) tuviera una base teórica sólida, concretamente la *Teoría de las Necesidades Humanas* o *Theory of Human Needs* (Doyal y Gough, 1984; Maslow, 1943), y 2) que fuera lo más objetivo posible, o, dicho de otro modo; que no utilizase los determinantes de la calidad de vida como parte del instrumento de medición, especialmente aquellos relativos al estado de salud. Esto permite la comparabilidad del indicador independientemente del contexto en el cual se haya recogido la información (Higgs et al., 2003; Hyde et al., 2003).

La escala CASP-19 mide hasta qué punto están satisfechas las necesidades de las personas mayores en cuatro dimensiones: *control*, entendido como la percepción de poder gestionar la vida propia y manejar el entorno mediante nuestros comportamientos; *autonomía*, entendida como la posibilidad de autodeterminación y ausencia de interferencias no deseadas de otras personas; *autorrealización*, aproximada a partir de la satisfacción con quienes somos; y *placer*, medido a partir de la capacidad de realizar actividades que resultan agradables y divertidas (Hyde et al., 2003).

La evaluación de la capacidad discriminativa y explicativa del indicador CASP-19 revela que esta es una herramienta eficaz para aproximar los determinantes de la calidad de vida en la vejez más allá de las condiciones físicas y mentales de las personas mayores (Howel, 2012).

El enfoque biográfico en el estudio de los factores condicionantes de la calidad de vida en la vejez

La aparición en ciencias sociales del denominado *long way of thinking* fue el paso previo para la emergencia de enfoques que considerasen la dimensión temporal de los fenómenos sociales (Elder, 1994). En este sentido, la *Perspectiva de Curso de Vida*, o *Life-course Approach*, se ha revelado como el principal marco teórico y empírico desde donde plantear aproximaciones longitudinales al estudio de las vidas humanas, permitiendo entender la situación actual de los individuos en función de los eventos

vitales, transiciones y trayectorias que estos experimentaron a lo largo de su vida (Bernardi et al., 2019; Elder et al., 2003). Este enfoque define el curso de vida como un proceso multidimensional en el que la evolución de las biografías humanas depende de un complejo entramado de interdependencias establecidas entre tres elementos: el *tiempo* (interacción entre las experiencias, recursos y actividades pasadas y presentes), *dominios* (interacción entre las metas, recursos y comportamientos en diferentes ámbitos vitales; familia, trabajo, educación, salud, residencial, etc.), y niveles (conexión entre las acciones y decisiones individuales y las de las personas cercanas, además de las oportunidades y restricciones impuestas por el contexto).

La aplicación del enfoque de curso de vida al estudio de la calidad de vida en la vejez ha sido muy puntual, y se ha centrado en dos de sus principios básicos: el *principio de envejecimiento y desarrollo humano*, el cual propone que el curso de vida tiene “memoria” y que los eventos experimentados durante los primeros años o décadas de vida tienen su reflejo durante la vejez; y el *principio de tiempo y lugar*, que alude a la influencia que las condiciones sociohistóricas tienen en la ocurrencia y el calendario de los eventos experimentados por los individuos de cada generación, al configurar las trayectorias de vida en base a una estructura socialmente definida.

Las trayectorias educativas, laborales y financieras han sido las que mayor atención han recibido, mostrando un impacto negativo de la acumulación de desventajas socioeconómicas (Blane et al., 2012). Es muy probable que en la vejez se perciba una mala calidad de vida si ya desde la infancia existe una situación de privación material y psicosocial que se perpetúa, incluso amplifica, durante el resto de la existencia (Niedzwiedz et al., 2012; Otero-Rodríguez et al., 2011). Aunque han recibido una menor atención, también hay indicios de que las biografías familiares condicionan la calidad de vida en edades avanzadas. Las relaciones familiares se perciben como un elemento imprescindible para la calidad de vida a lo largo del curso de vida, aunque parece que su influencia pierde importancia a medida que el curso de vida avanza, en detrimento de otros factores como la salud, la autonomía individual o el nivel de ingresos (Fernández-Ballesteros, 2002). También se ha confirmado que quienes han experimentado una ruptura de pareja o la pérdida de hijas/os durante su trayectoria familiar perciben una peor calidad de vida en la vejez (Wiggins et al., 2004).

Factores proximales como predictores de la calidad de vida en la vejez

Las condiciones que se viven en la vejez determinan en gran medida la calidad de vida percibida durante esta etapa. La multimorbilidad y la aparición de enfermedades crónicas, el incremento en las limitaciones para la realización de las actividades diarias, sobre todo aquellas relacionadas con la movilidad, o la aparición de síntomas de depresión tienen un fuerte impacto negativo en la calidad de vida de las personas mayores (Fernández et al., 2020; Sexton et al., 2015; Zaninotto et al., 2009). A su vez, la percepción de que no se cuenta con recursos materiales suficientes se asocia con una baja calidad de vida, y viceversa, en los mayores de 65 años (Netuveli et al., 2006; Von Dem Kneesebeck et al., 2007).

Los aspectos funcionales y estructurales de las relaciones sociales, tanto los positivos como los negativos, también han sido identificados como predictores de la calidad de vida en la vejez (Liao y Brunner, 2016). Un mayor número de relaciones interpersonales y una frecuencia alta de contactos con familia y amistades se relacionan con una mejor calidad de vida (Layte et al., 2013; Netuveli et al., 2006; Wiggins et al., 2004), así como el recibir apoyo de las redes sociales y estar satisfecho con el apoyo recibido (Webb et al., 2011; Zaninotto et al., 2009). Además, algunos de estos factores afectan de forma diferente la calidad de vida de hombres y mujeres mayores. Para las mujeres, cuidar a

otras personas reduce considerablemente su calidad de vida percibida, situación que no se observa en los hombres (Netuveli et al., 2006). En cambio, convivir en pareja se relaciona con una mejor calidad de vida en los hombres mayores, pero no en las mujeres (Zaninotto et al., 2009), para quienes la calidad de vida aumenta si viven solas (Netuveli et al., 2006).

METODOLOGÍA

Fuente de datos

La encuesta *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) se creó para recabar información con la que analizar el proceso de envejecimiento de las generaciones del baby-boom en Europa. Su muestra está compuesta por población de 50 y más años no institucionalizada residente en diferentes países europeos y cuenta con un diseño panel que permite el análisis transversal y longitudinal de los datos. España forma parte de SHARE desde su primera oleada, implementada en 2004. La recogida de datos de SHARE se organiza mediante módulos temáticos, cada uno de ellos enfocado a un aspecto concreto de la vida de las personas entrevistadas: demográfico, laboral, familiar, salud, residencial, etcétera. Los datos son recogidos mediante entrevistas cara a cara, utilizando la herramienta *Computer Assisted Personal Interviewing* (CAPI). Hasta el momento se han implementado ocho oleadas de SHARE con una periodicidad aproximadamente bianual.

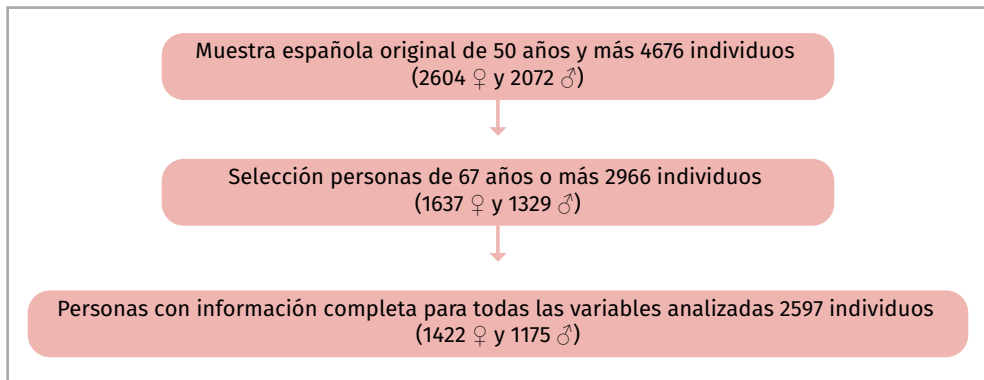
La idoneidad de SHARE como fuente para realizar nuestro estudio radica en que la encuesta dedica su tercera (trabajo de campo realizado en 2009) y séptima (trabajo de campo realizado en 2017) oleadas a recopilar información biográfica y retrospectiva de las personas entrevistadas. Estas dos oleadas, denominadas SHARELIFE, pueden ser tratadas como encuestas independientes. Ambas monitorizan las trayectorias vitales (familiar, laboral, residencial o de salud) de las personas entrevistadas desde su infancia hasta el momento de la encuesta, permitiendo conectar las distintas etapas de cada biografía. La información retrospectiva de cada persona entrevistada se registra una única vez en SHARELIFE, por lo que la repetición del mismo cuestionario retrospectivo en la séptima oleada (2017) tuvo como objetivo recabar la información de aquellas personas que pasaron a formar parte de la muestra de SHARE en ediciones posteriores a la tercera oleada (2009): individuos pertenecientes a nuevos países participantes, individuos que cumplen 50 años en aquellos países que ya formaban parte de SHARE, o nuevos casos a todas las edades añadidas para corregir el sesgo debido al fallecimiento o desistimiento de las personas entrevistadas en el panel. Además de la información retrospectiva, las dos oleadas de SHARELIFE también incluyen preguntas sobre aspectos del momento presente como la calidad de vida, la salud o la situación económica.

En el presente análisis se han utilizado los datos de la muestra de SHARE (SHARELIFE) para España. La selección de la muestra de trabajo se ha realizado tomando como referencia la muestra original de la séptima oleada de la encuesta para España, integrada por 4.676 personas de 50 años o más. Sobre esta muestra, se ha seleccionado una submuestra solo compuesta por todas aquellas personas que en el momento de la entrevista tenían 67 años o más años. El criterio de selección basado en una edad mínima de 67 años se debe a dos motivos: primero, asegurarnos trabajar con una muestra de personas que ya han abandonado el mercado laboral, evitando el posible efecto que un alto grado de heterogeneidad en el tipo de actividad laboral podría tener sobre el análisis de la calidad de vida. Segundo, trabajar con una muestra lo más amplia posible, dada la distancia temporal de ocho años entre las dos ediciones de SHARE en las cuales se recopilaron información retrospectiva (2009 y 2017).

Una vez seleccionadas las personas entrevistadas en nuestra muestra de trabajo, nos hemos centrado en las trayectorias familiares observadas en el rango de edades entre los 18 y los 59 años, edades en las cuales se experimentan los eventos familiares más relevantes que definen la posterior red familiar en la vejez. De este modo, como la información biográfica se recopiló una única vez para cada persona entrevistada, en la tercera o en la séptima oleada, todas aquellas personas que en la tercera edición de SHARE tenían 59, pasaron a tener 67 años en la séptima oleada y por tanto pudieron formar parte de nuestra muestra de trabajo.

La muestra final de nuestro análisis está compuesta por 1422 mujeres y 1175 hombres de 67 o más años con información completa para todas las variables en la muestra de la séptima edición de SHARE (SHARELIFE) en España. La [Figura 1](#) resume el proceso de selección de personas desde la muestra original hasta la muestra de trabajo final.

Figura 1. Diagrama de flujo de las personas entrevistadas en la muestra española de la 7ª edición de SHARE incluidas en el análisis.



Fuente: Muestra de las oleadas tercera y séptima de SHARE (SHARELIFE) para España.

VARIABLES DE INTERÉS

Calidad de Vida: CASP-12

La variable dependiente en este estudio es el indicador CASP-12 incluido en el cuestionario general de SHARE. Como se ha comentado al inicio del trabajo, este indicador es la versión revisada y adaptada del indicador CASP-19, creada como una medida teórica de la calidad de vida en la vejez (Hyde et al., 2003). La escala de CASP-12 se compone de cuatro subescalas: control, autonomía, autorrealización y placer, cada una de las cuales cuenta con 3 ítems (12 ítems en total; [Tabla 1](#)).

Los 12 ítems se evalúan en una escala Likert de cuatro puntos ("a menudo", "a veces", "rara vez", "nunca"). La puntuación resultante es la suma de estos 12 ítems, y oscila entre el mínimo de 12 y el máximo de 48. Los niveles de calidad de vida son mejores cuanto mayor es la puntuación obtenida y quedan establecidos según el siguiente rango; < 35 puntos (baja calidad de vida); 35 – 37 puntos (calidad de vida moderada); 37 – 39 puntos (alta calidad de vida); 39 puntos (muy alta calidad de vida) (Hyde et al., 2003).

Tabla 1. Ítems del indicador CASP-12 incluido en SHARE.

ENUNCIADO DE LA PREGUNTA (cuestionario para España)	DIMENSIÓN
¿Con qué frecuencia piensa Ud. que su edad le impide hacer las cosas que le gustaría hacer?	Control
¿Con qué frecuencia siente que lo que le ocurre está fuera de su control?	Control
¿Con qué frecuencia se siente excluido/a de lo que ocurre?	Control
¿Con qué frecuencia cree Ud. que puede hacer las cosas que quiere hacer?	Autonomía
¿Con qué frecuencia cree Ud. que sus responsabilidades familiares le impiden hacer lo que quiere hacer?	Autonomía
¿Con qué frecuencia cree Ud. que la falta de dinero le impide hacer las cosas que quiere hacer?	Autonomía
¿Con qué frecuencia espera con ilusión cada día?	Placer
¿Con qué frecuencia cree Ud. que su vida tiene sentido?	Placer
¿Con qué frecuencia, haciendo balance, mira hacia el pasado en su vida con una sensación de felicidad?	Placer
¿Con qué frecuencia se siente lleno/a de energía últimamente?	Autorrealización
¿Con qué frecuencia cree que la vida está llena de oportunidades?	Autorrealización
¿Con qué frecuencia cree que su futuro se presenta con buenas perspectivas?	Autorrealización

Fuente: Elaboración propia

Aunque la consistencia de los resultados obtenidos con la escala CASP-12 adaptada de SHARE ha sido confirmada para el caso específico de la población mayor española (Pérez-Rojo et al., 2018), se ha decidido comprobar la fiabilidad del indicador CASP-12 para este estudio teniendo en cuenta la selección de la submuestra en base a la edad (67 años o más), y el análisis estratificado por sexo. Para ello se analizó la consistencia interna mediante la Alfa de Cronbach de los 12 ítems que permiten construir el indicador CASP-12, y posteriormente se realizó un Análisis Factorial aprovechando la naturaleza ordinal de las variables. Respecto a la consistencia interna ofrecida por los 12 ítems, los valores de la Alfa de Cronbach fueron de 0.83 y 0.84 respectivamente para mujeres y hombres, confirmando su idoneidad en este estudio. En cuanto al Análisis Factorial, los resultados tanto para mujeres como para hombres confirmaron la plena capacidad de un solo factor para resumir la información recogida en los 12 ítems, siendo capaces de recoger el 92% y el 90% de la variabilidad respectivamente. Además, los autovalores para este primer factor eran los únicos superiores a 1, siendo este último valor la referencia para escoger el número de factores (resultados en [Tabla A1](#)).

Trayectorias familiares

Las trayectorias familiares de la población mayor en España se han reconstruido utilizando los datos retrospectivos de SHARELIFE (tercera y séptima oleadas) teniendo en cuenta la ocurrencia (si sucede o no) y el calendario (edad al cambio de estado) de dos eventos biográficos clave para la formación de la familia: el *emparejamiento* de los individuos, considerando los estados de soltería, matrimonio, cohabitación, separación o divorcio y viudedad; y el hecho *haber tenido o no descendencia*.

En el caso de quienes han tenido una misma relación de pareja a lo largo de su vida se ha distinguido entre matrimonio y cohabitación para considerar las transiciones familiares no normativas. Se ha demostrado que las trayectorias familiares no normativas, como es el caso de la cohabitación en el caso de las cohortes de mayor edad, están positivamente relacionadas con los sentimientos de soledad en la vejez (Zoutewelle-

Terovan y Liefbroer, 2017), el cual, a su vez, supone un factor de riesgo para la calidad de vida de las personas mayores. Sin embargo, la inclusión de la información sobre uniones distintas al matrimonio no ha influido finalmente en la creación de las tipologías finales de trayectorias familiares debido al bajo número de personas que declararon establecer este tipo de uniones (27 mujeres y 16 hombres). En cambio, en la reconstrucción de las trayectorias familiares no se ha tenido en cuenta el hecho de iniciar una nueva relación después una separación, divorcio o fallecimiento de la pareja anterior debido a que las personas que inician una nueva relación muestran peores niveles de bienestar que los encuestados en su primer matrimonio (Peters y Liefbroer, 1997; Soons et al., 2009).

Variables de control

Todos los análisis multivariantes realizados han sido controlados por los factores proximales que la literatura ha identificado como más determinantes de la calidad de vida en la vejez: (i) la *edad* exacta en años; (ii) el *nivel educativo* medido mediante la International Standard Classification of Education (ISCED) propuesta por la UNESCO para unificar criterios entre países y garantizar la comparabilidad (UNESCO, 2003). Las siete categorías de la clasificación original ISCED se reorganizaron por motivos analíticos en los siguientes grupos: nivel de estudios bajo (correspondiente a ISCED 0–2, educación secundaria básica o menor), nivel de estudios medio (ISCED 3–4, secundaria superior) y nivel de estudios alto (ISCED 5–6, estudios universitarios); (iii) el *nivel relativo de ingresos* del conjunto del hogar respecto del total de la muestra analizada. Esta información ha sido dividida en cuatro grupos según cuartiles de menor a mayor nivel relativo de ingresos y (iv) el *estado de salud actual*, medido a través de la salud autopercibida, la cual se ha demostrado como un excelente indicador debido a que resume en una sola medida diferentes dimensiones de la salud (física, mental, objetiva, subjetiva, etc.) (Stephoe et al., 2015). Esta variable se ha dicotomizado de la siguiente manera (salud buena: salud buena o muy buena; mala salud: regular, mala o muy mala).

Estrategia analítica

El análisis consta de dos etapas según los objetivos planteados en cada caso. En una primera fase se reconstruyeron las trayectorias familiares individuales de mujeres y hombres mayores por separado, generando tipologías para cada uno de los sexos mediante el método de Sequence Analysis (Aisenbrey y Fasang, 2010). Este método permite calcular las similitudes o diferencias entre las trayectorias familiares observadas, utilizando para ello un algoritmo dinámico conocido como Análisis de Coincidencia Óptima (OMA en su nomenclatura en inglés) (Sankoff y Kruskal, 1983). Una vez creadas las secuencias de eventos familiares de mujeres y hombres mayores se agruparon en distintos clústeres considerando la ocurrencia y el calendario de los dos eventos clave en este trabajo: emparejamiento y maternidad/paternidad. La similitud entre dos secuencias se determina calculando los "costes" totales de convertir una secuencia en otra: cuanto mayor sea la diferencia con relación a los eventos experimentados y a la edad de ocurrencia de estos respecto al resto de trayectorias, mayor será el coste de igualar ambas secuencias. De manera empírica, estos costes de sustitución se definen como la inversa de las tasas de transición, por lo que las transiciones más comunes entre dos estados implican un menor coste de sustitución, y viceversa (Aassve et al., 2007). Esta operación proporciona una matriz final de distancias, a la que aplicamos un Análisis de Conglomerados (AC) jerárquico utilizando el criterio de varianza mínima de Ward para obtener grupos de trayectorias familiares (Kaufman y Rousseeuw, 2009). El método de Ward es especialmente recomendado en el caso de ausencia de *outliers* (Ketchen y Shook, 1996), como es el caso de nuestro estudio como consecuencia de la naturaleza de los

datos analizados, basados en las distancias de cada trayectoria individual respecto de todas las otras trayectorias. Los grupos de trayectorias familiares tanto para mujeres y como para hombres fueron validados una vez comprobada empíricamente la consistencia interna de los patrones de las secuencias representadas en cada grupo (ver Figuras 2 y 3). Todos estos cálculos se realizaron utilizando el paquete TraMineR (Gabadinho et al., 2011) del software estadístico R (versión 3.6.1).

La segunda fase del análisis consistió en el cálculo de la asociación con la calidad de vida para cada uno de los clústeres de trayectorias familiares resultantes, así como los principales factores proximales (edad, educación, ingresos y salud) para mujeres y hombres por separado. Teniendo en cuenta que la variable dependiente se trata de un indicador numérico continuo (indicador CASP-12), se ha optado por la regresión lineal multivariante.

RESULTADOS

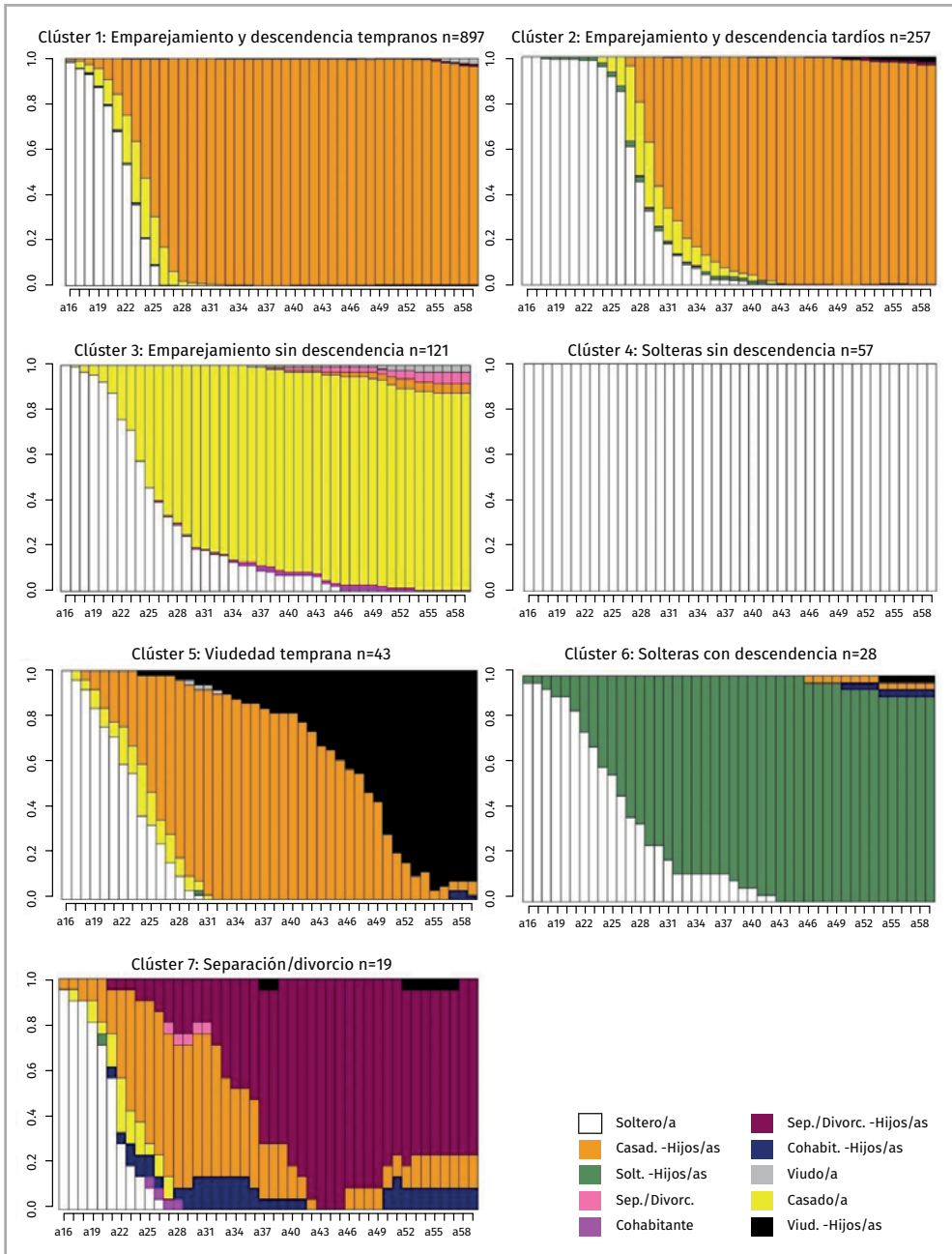
Tipos de trayectorias familiares de las personas mayores en España según sexo

Las distintas trayectorias familiares de mujeres y hombres mayores en España se han clasificado generando dos tipologías, representadas en las Figuras 2 y 3 respectivamente. Como se puede observar, la tipología correspondiente a las mujeres cuenta con siete trayectorias familiares-tipo; *emparejamiento y descendencia tempranos* (Clúster 1), *emparejamiento y descendencia tardíos* (Clúster 2), *emparejamiento sin descendencia* (Clúster 3), y *soltería sin descendencia* (Clúster 4), *viudedad temprana* (Clúster 5), *soltería con descendencia* (Clúster 6), y *separación/divorcio* (Clúster 7), mientras en el caso de la tipología correspondiente a los hombres esta cuenta únicamente con cuatro trayectorias-tipo; *emparejamiento y descendencia tempranos* (Clúster 1), *emparejamiento y descendencia tardíos* (Clúster 2), *emparejamiento sin descendencia* (Clúster 3), y *soltería sin descendencia* (Clúster 4). A pesar de que la tipología de trayectorias familiares femenina tiene una mayor variabilidad, es decir, cuenta con un número mayor de trayectorias-tipo (siete clústeres frente a los cuatro que muestran los hombres), también observamos como las primeras cuatro trayectorias-tipo son mayoritarias e idénticas para ambos sexos.

Para mujeres y hombres mayores en España, las trayectorias predominantes son el emparejamiento y descendencia tempranos, y el emparejamiento y descendencia tardíos (Tabla 2). Estas dos trayectorias-tipo se asemejan en los eventos experimentados (se ha tenido una unión con la misma persona a lo largo de la vida y se han tenido hijas/os), y se diferencian en el calendario de ocurrencia de dichos eventos. No obstante, la trayectoria-tipo mayoritaria para las mujeres analizadas es el emparejamiento y fecundidad tempranos (63,1% frente al 18,1% con un emparejamiento y descendencia tardíos), mientras que en el caso de los hombres no existe casi diferencia (43,3% y 39,7% respectivamente).

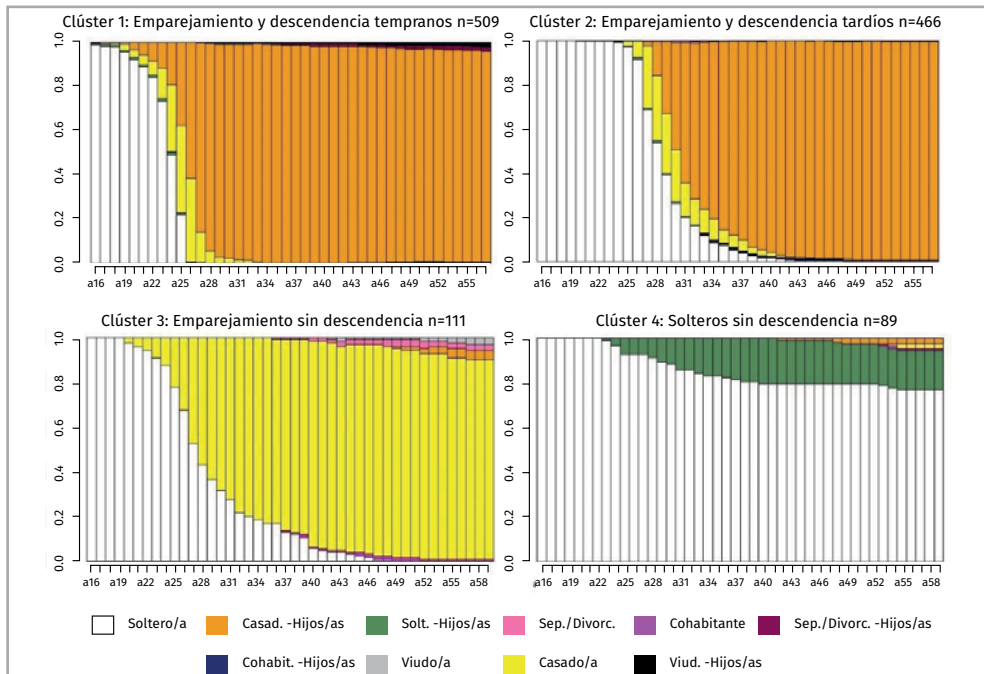
Como comentábamos, la tipología femenina arroja tres trayectorias-tipo adicionales, aunque minoritarias, que no contempla la tipología masculina; *viudedad temprana*, *soltería con descendencia*, y *separación/divorcio*. Dado que estas tres tipologías familiares son las menos frecuentes, se ha decidido agrupar los clústeres 5 (viudedad temprana) y 7 (separación/divorcio) en un único grupo que aglutina a aquellas mujeres que experimentaron la interrupción de su relación de pareja por algún motivo, incrementando de este modo la muestra de trabajo y consecuentemente la capacidad de obtener resultados consistentes desde un punto de vista estadístico en los modelos multivariados.

Figura 2. Trayectorias familiares de las generaciones de mujeres nacidas antes de 1950 en España.



Fuente: Muestra española para la tercera y séptima ediciones de SHARE.

Figura 3. Trayectorias familiares de las generaciones de hombres nacidos antes de 1950 en España.



Fuente: Muestra española para la tercera y séptima ediciones de SHARE.

¿Qué calidad de vida perciben las personas mayores en España?

En la [Tabla 2](#) se pueden observar las características de la muestra analizada, así como los valores promedio del indicador de calidad de vida CASP-12. Los valores promedio muestran que las generaciones de edad avanzada en España perciben, en general, una baja calidad de vida. En especial, son las mujeres quienes presentan peores niveles, mostrando valores inferiores a los mostrados por los hombres en todas las categorías. Un análisis de correlaciones entre la edad y el indicador CASP-12 de calidad de vida confirma la existencia de una relación negativa entre la edad y la calidad de vida en la vejez para ambos sexos (-0,27 y -0,25 respectivamente).

Los valores promedio del indicador CASP-12 para las tipologías de trayectorias familiares generadas apuntan diferencias de género destacables en las dos trayectorias-tipo mayoritarias; emparejamiento y descendencia tempranos, y emparejamiento y descendencia tardíos. Las mujeres con este tipo de biografías familiares muestran una calidad de vida baja, mientras en el caso de los hombres esta puede considerarse como moderada. Por otro lado, aquellas personas, mujeres y hombres, que han vivido en pareja y no han tenido descendencia son quienes perciben peor calidad de vida. En cuanto a las dos tipologías familiares específicas del caso femenino, la interrupción de la relación de pareja por cualquier razón y las madres solteras, en el primer caso se observa un valor promedio de calidad de vida bajo, mientras que las segundas presentan los mayores valores, aunque se debe recordar que se trata de la trayectoria más minoritaria de todas las establecidas por la tipología.

Los resultados de la [Tabla 2](#) indican, además, una relación positiva entre el nivel educativo y la percepción de calidad de vida en las generaciones de mayores en España: a mayor nivel educativo, mayor es la calidad de vida percibida en la vejez. La diferencia más notable la encontramos entre las puntuaciones de quienes tienen un bajo nivel de estudios y quienes tienen un nivel alto, especialmente entre las mujeres. Observamos el mismo patrón en ambos sexos en el caso del nivel de ingresos: cuanto mayor es el nivel de ingresos, mayor es el promedio del indicador CASP-12. Además, de manera invariable para mujeres y hombres, quienes declaran tener un mejor estado de salud también presentan un valor promedio de calidad de vida más alto.

Tabla 2. Características de la muestra.

		Mujeres		Hombres	
		Media CASP-12	%	Media CASP-12	%
Trayectorias familiares	Emparejamiento y fecundidad tempranos	34,45	63,1%	36,30	43,3%
	Emparejamiento y fecundidad tardíos	34,41	18,1%	36,70	39,7%
	Emparejamiento sin descendencia	32,48	8,5%	33,92	9,4%
	Solteras/os sin descendencia	34,58	4,0%	34,98	7,6%
	Interrupción relación (viudedad o separación/ divorcio)	33,46	4,3%	-	-
	Madres solteras	35,14	2,0%	-	-
Total		34,25	100,0%	36,13	100,0%
Educación	Baja	33,89	89,9%	35,76	81,9%
	Media	37,14	4,7%	37,17	8,1%
	Alta	37,57	5,4%	38,46	9,9%
	Total	34,25	100,0%	36,13	100,0%
Nivel ingresos	1er cuartil	31,94	24,1%	33,96	24,1%
	2o cuartil	33,27	25,0%	35,37	28,9%
	3er cuartil	34,95	26,2%	36,59	21,6%
	4o cuartil	36,71	24,8%	38,68	25,4%
	Total	34,25	100,0%	36,13	100,0%
Estado de salud	Buena	37,49	47,3%	38,80	55,7%
	Mala	31,34	52,7%	32,78	44,3%
	Total	34,25	100,0%	36,13	100,0%
N		1422		1175	

Fuente: Muestra española séptima edición SHARE Survey.

¿Qué factores están asociados con la calidad de vida de mujeres y hombres mayores en España?

La [Tabla 3](#) presenta los coeficientes para los modelos de regresión lineal de la estimación del indicador CASP-12 para mujeres y hombres mayores en España según las trayectorias familiares y los factores proximales principales: edad, estado de salud, nivel educativo e ingresos.

Los resultados muestran cómo, teniendo como referencia la tipología familiar más frecuente; emparejamiento y descendencia tempranos, la única trayectoria que muestra una asociación estadísticamente significativa con el indicador CASP-12 es la del emparejamiento sin descendencia (Clúster 4 para ambos sexos). Esa asociación significativa es, además, negativa y más intensa entre los hombres mayores. Así, las trayectorias familiares de las personas mayores caracterizada por una unión de largo recorrido sin descendencia en España se correlacionan con una peor calidad de vida.

Tabla 3. Modelos de regresión lineal para el índice de calidad de vida CASP-12 en la población española de 67 años y más por sexo.

		Mujeres			Hombres		
		Coef.	Est. Error	Sig.	Coef.	Est. Error	Sig.
Trayectorias familiares (Ref: Emparejamiento y fecundidad tempranos)	Emparejamiento y fecundidad tardíos	0,45	0,41		0,58	0,38	
	Emparejamiento sin descendencia	-2,06	0,55	***	-2,57	0,61	***
	Solteras/os sin descendencia	0,57	0,79		-0,69	0,67	
	Interrupción relación (viudedad o separación/divorcio)	-0,62	0,76		-	-	
	Madres solteras	0,51	1,24		-	-	
Educación (Ref: Baja)	Media	0,94	0,74		0,12	0,63	
	Alta	1,56	0,69	*	0,27	0,60	
Nivel ingresos (Ref: 1er cuartil)	2o cuartil	0,94	0,44	*	1,00	0,47	*
	3er cuartil	1,88	0,44	***	1,80	0,51	***
	4o cuartil	2,57	0,46	***	2,93	0,52	***
Estado de salud (Ref: Buena)	Mala	-5,25	0,32	***	-5,25	0,35	***
Edad		-0,13	0,02	***	-0,15	0,03	***
R-Cuadrado			0,27			0,27	

Fuente: Muestra española séptima edición SHARE Survey.

*** <0,001; **<0,01; *<0,05

Se confirma una relación significativa de los factores proximales con los niveles de calidad de vida en la vejez, aunque mostrando diferencias destacables según sexo. La primera diferencia se observa en la asociación entre el nivel educativo y la calidad de vida percibida, que en el caso femenino esta resulta ser de signo positivo (las mujeres con niveles educativos más altos muestran una mejor valoración de la calidad de vida), aunque únicamente se obtiene significación estadística en el caso de la educación superior. Sin embargo, este patrón no se observa en la muestra masculina, donde las diferencias son muy pequeñas y no resultan ser estadísticamente significativas.

Los resultados para los otros tres factores proximales (edad, nivel de ingresos y salud) muestran ser muy similares entre mujeres y hombres tanto en la dirección de la asociación, como en su magnitud. De este modo, el nivel de ingresos muestra una asociación positiva y altamente significativa con la calidad de vida (niveles de ingresos superiores muestran mayores valores de calidad de vida). Además, tener buena salud también se asocia significativamente con una mejor calidad de vida, mientras que esta empeora a medida que la edad de la persona entrevistada aumenta.

CONCLUSIONES

Al inicio, este estudio se propuso utilizar la perspectiva del curso de vida para analizar hasta qué punto las biografías familiares de las mujeres y hombres mayores en España tienen relación con la calidad de vida que experimentan en su vejez. A pesar de que la relevancia demostrada que el entorno social, parejas e hijas/os principalmente, tiene para calidad de vida de las personas mayores (Layte et al., 2013; Wiggins et al., 2004), hasta donde conocemos, ninguna investigación en España ha indagado sobre esta cuestión utilizando un enfoque biográfico.

Como han reflejado las dos tipologías elaboradas, las biografías familiares de mujeres y hombres mayores en España están altamente estandarizadas y se caracterizan por emparejamientos “de por vida” y la tenencia de hijas/os. En el caso de las mujeres, además, los eventos de unión y maternidad tuvieron un calendario temprano. Estas trayectorias son en buena medida el resultado del contexto sociohistórico que se vivía en España entre 1940 y 1975, periodo en el que la mayoría de estas generaciones fueron educadas y formaron sus propios hogares. Los valores inculcados y promovidos por el nacionalcatolicismo de la Dictadura Franquista, centrados en la defensa y protección de la familia tradicional, establecieron una pauta única y rígida de formación de hogares dominada por el matrimonio heterosexual para toda la vida, el cual se concebía indisoluble de la búsqueda de descendencia. Cualquier otro tipo de biografía familiar quedó reprobada y estigmatizada socialmente, especialmente en el caso de las mujeres. No obstante, las mujeres de edad avanzada muestran una mayor diversidad de trayectorias-tipo comparadas con los hombres, debido a la combinación de factores epidemiológicos, demográficos y sociales. Por ejemplo, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de haber enviudado debido a su mayor esperanza de vida, evento que define una de sus trayectorias familiares incluso antes de los 60 años. A su vez, el que ellas asumieran en exclusiva el cuidado de las/os hijas/os en caso de ruptura de la relación o de embarazo fuera del matrimonio también da lugar a que trayectorias-tipo como las madres solteras solo sean observables en el caso de las mujeres mayores.

Con relación al objetivo central de este trabajo, podemos concluir que 1) las trayectorias familiares están relacionadas con la calidad en la vejez, y 2) esta asociación no se da en todas las trayectorias-tipo. Solo las biografías familiares en las que se ha convivido en pareja y no se ha tenido descendencia muestran una asociación significativa y de sentido negativo con nivel de calidad de vida, indistintamente del sexo. Mujeres y, especialmente, hombres mayores emparejados de por vida, pero sin descendencia, tienen peor calidad de vida comparados con los que sí han tenido hijas/os. Teniendo en cuenta el contexto sociohistórico antes descrito, el emparejamiento sin descendencia podría haber supuesto una importante presión social debido a las expectativas creadas en unas generaciones para las que matrimonio y maternidad/paternidad eran una misma cosa. De hecho, y aunque nuestros modelos han controlado el efecto del estado de salud sobre la calidad de vida, no se podría descartar que la falta de descendencia se deba a alguna razón biológica relacionada precisamente con la salud de alguno de los miembros de la pareja.

Además del posible efecto negativo derivado de las expectativas incumplidas, también debemos considerar el efecto negativo inmediato de la falta de un soporte funcional y emocional tan importante como son las/os hijas/os. Aunque tener descendencia no garantiza el cuidado, es un hecho que la solidaridad intergeneracional en España se da fundamentalmente entre las hijas y sus padres y madres mayores

(Abellán et al., 2018). De hecho, el apoyo que estas proveen no solo tiene que ver con la asistencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sino que también tiene un carácter organizativo y emocional. Las personas mayores con trayectorias de unión sin hijas/os están, además, expuestas a una posible sobrecarga al asumir en exclusiva el cuidado de sus parejas. Este efecto negativo no se percibiría, por ejemplo, en aquellas personas que no se emparejaron durante su curso de vida.

Otra de las conclusiones de este trabajo es que, según el indicador CASP-12, las personas mayores en España perciben una mala calidad de vida en términos generales. Además, en consonancia con otros estudios previos (Webb et al., 2011; Wiggins et al., 2004), algunos factores inmediatos o proximales presentan mayor potencial predictivo que las trayectorias familiares. Las características sociodemográficas; sexo, nivel educativo, nivel de ingresos y el estado de salud están asociados con la calidad de vida de estas generaciones, sobre todo entre la población femenina. Asimismo, como ya se ha evidenciado en la literatura internacional (Von Dem Knesebeck et al., 2007), quienes cuentan con un nivel educativo medio-alto y mayores ingresos muestra un nivel de calidad de vida también alto. En lo que respecta a las diferencias entre sexos, se puede apreciar que los hombres con trayectorias más normativas caracterizadas por una única unión durante toda la vida y haber tenido descendencia, perciben una mejor calidad de vida en comparación con las mujeres. Estos resultados van en la línea de estudios previos (Zaninotto et al., 2009), que concluyeron que, en las edades avanzadas, los hombres perciben mejor su calidad de vida si cuentan con una pareja, comparados con las mujeres.

Siendo conscientes que las biografías familiares comprenden más eventos que los que aquí se han considerado, la importancia de la pareja y la descendencia como elementos que influyen la calidad de vida es evidente para las generaciones que ahora están experimentando sus años de vejez. No obstante, la desestandarización de las trayectorias familiares fruto del cambio de valores respecto a la familia, unido al incremento del tiempo de convivencia entre generaciones, hacen esperable que las asociaciones observadas en este análisis varíen en un futuro no muy lejano.

Esta investigación no está exenta de limitaciones. En primer lugar, al tratarse de datos retrospectivos puede existir un sesgo de memoria en el momento de declarar cuándo se produjeron los eventos familiares (emparejamiento y nacimiento de las/os hijas/os). Esto hace conveniente no ir más allá de un análisis de asociación, impidiendo extraer conclusiones causales a pesar de haber tomado una perspectiva de análisis del curso de vida. Incluso en el hipotético caso de una total ausencia de este sesgo, la distancia temporal entre el momento en el que sucedieron los eventos y el momento en el que se midió la calidad de vida desaconseja llegar a conclusiones de naturaleza causal. El motivo es otras variables pueden haber tenido un efecto mediador en esta relación. Por ejemplo, el nivel educativo está relacionado tanto con la calidad de vida como con la probabilidad de presentar una trayectoria familiar más o menos normativa según el contexto temporal y social de cada persona (Arpino et al., 2018).

En segundo lugar, la rigidez de las normas familiares imperantes en España a lo largo del periodo en el que la población analizada formó sus hogares y tuvo descendencia puede tener un efecto condicionante. El hecho de que las trayectorias familiares alejadas de la norma presenten un número relativamente bajo de casos podría afectar a la capacidad para obtener resultados significativos en el análisis multivariable.

Para avanzar en el conocimiento sobre donde residen las claves para lograr una buena calidad de vida en la vejez es imprescindible seguir analizando los factores que la condicionan, expandiendo el uso de enfoques longitudinales que consideren

las trayectorias vitales de las personas mayores y su efecto a largo plazo. Sin ir más lejos, el enfoque biográfico empleado en este trabajo nos ha permitido identificar nuevos horizontes hacia dónde dirigir la investigación sobre calidad de vida en la vejez. Concretamente, ha mostrado como el grado de *normatividad* de las trayectorias vitales condiciona la calidad de vida a edades avanzadas. Aunque de manera incipiente, la evidencia indica que cuando algunas biografías divergen de la norma, la calidad de vida de las personas mayores se resiente. Dependerá de futuros estudios entender cómo, cuándo y porque se da esta relación.

A su vez, es muy necesario tener en cuenta la desigualdad generada por elementos estructurales como el género o la clase social sobre la calidad de vida de las personas mayores. Asumir de modo indirecto que todas las personas mayores tienen oportunidades o limitaciones similares para lograr una calidad de vida óptima puede conducir a la invisibilización de quienes durante su vida, y en su vejez, afrontan situaciones de desventaja. El caso de las mujeres mayores es paradigmático en este sentido, ya que son ellas las que declaran los indicadores de calidad de vida peores, tienen un nivel educativo más bajo y también peor estado de salud. Se debe hacer un esfuerzo por no universalizar las claves para preservar a la calidad de vida en las que se basan las políticas de envejecimiento activo dirigidas a que la vejez sea una etapa positiva en términos funcionales, sociales y emocionales.

FINANCIACIÓN

Este trabajo forma parte del Proyecto “Más vale prevenir que curar cuando el envejecimiento está detrás de la puerta: interacción entre determinantes sociales de la salud en España (INTERSOC-HEALTH)” (RTI2018-099875-J-I00 -MCIU/AEI/FEDER, UE- PI: Jordi Gumà) financiado por el FEDER/Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidad/Agencia Estatal de Investigación.

REFERENCIAS

- Aassve, A., Billari, F. C., y Piccarreta, R. (2007). Strings of adulthood: A sequence analysis of young british women's work-family trajectories. *European Journal of Population / Revue européenne de Démographie*, 23(3), 369-388. <https://doi.org/10.1007/s10680-007-9134-6>
- Abellán, A., Julio Pérez, Ayala, A., Pujol, R., y Sundström, G. (2018). Dependencia y cuidados. En *Informe España 2017* (pp. 169-229). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Aisenbrey, S., y Fasang, A. E. (2010). New life for old ideas: The "second wave" of sequence analysis bringing the "course" back into the life course. *Sociological Methods and Research*, 38(3), 420-462. <https://doi.org/10.1177/0049124109357532>
- Antonucci, T. C., y Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 42(5), 519-527. <https://doi.org/10.1093/geronj/42.5.519>
- Arpino, B., Gumà, J., y Julià, A. (2018). Like a Black Swan: Non-standard Family Trajectories and Subjective Well-being at Older Ages. In *European Population Conference 2018*. EAPS.
- Barban, N. (2013). Family trajectories and health: A life course perspective / Trajectoires familiales et santé: une approche sous l'angle de parcours de vie. *European Journal of*

- Population / Revue européenne de Démographie*, 29(4), 357-385. <https://doi.org/10.1007/s10680-013-9296-3>
- Berkman, L. F., y Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. En L. F. Berkman y I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 137-173). New York: Oxford University Press.
- Bernardi, L., Huinink, J., y Settersten, R. A. (2019). The life course cube: A tool for studying lives. *Advances in Life Course Research*, 41, 100258. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2018.11.004>
- Birren, J. E., y Dieckmann, L. (1991). Concepts and content of quality of life in the later years: An overview. En J. E. Birren, J. C. Rowe, J. E. Lubben, y D. E. Deutchman (Eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly* (pp. 344-360). San Diego: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-101275-5.50021-1>
- Blane, D., Higgs, P., Hyde, M., y Wiggins, R. D. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2171-2179. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.028>
- Blane, D., Webb, E., Wahrendorf, M., y Netuveli, G. (2012). Life course influences on quality of life at age 50 years: evidence from the National Child Development Study (1958 British birth cohort study). *Longitudinal and Life Course Studies*, 2012, 3(3), 13. <http://dx.doi.org/10.14301/llcs.v3i3.178>
- Bowling, A., y Stenner, P. (2011). Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(3), 273-280. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2009.087668>
- Brown, J., Bowling, A., y Flynn, T. (2004). *Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of the literature*. Sheffield: Semantic Scholar.
- Cacioppo, J. T., y Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*, 8(2), 58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
- Castro, T., y Seiz, M. (2014). La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica. In *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España* (pp. 1-35). Madrid: Fundación FOESSA.
- Černovas, A., Alekna, V., Tamulaitienė, M., y Stukas, R. (2018). Reliability and validity of the Lithuanian version of CASP-19: A quality of life questionnaire for the elderly. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 54(6), 103. <https://doi.org/10.3390/medicina54060103>
- Doyal, L., y Gough, I. (1984). A theory of human needs. *Critical Social Policy*, 4(10), 6-38. <https://doi.org/10.1177/026101838400401002>
- Elder, G. H. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4-15. <https://doi.org/10.2307/2786971>
- Elder, G. H., Johnson, M. K., y Crosnoe, R. (2003). The Emergence and development of Life Course Theory. In J. T. Mortimer y M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the Life Course* (pp. 3-19). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-306-48247-2_1
- Escobar-Bravo, M. Á., Puga-González, M. D., y Martín Baranera, M. (2012). Análisis de la esperanza de vida libre de discapacidad a lo largo de la biografía: de la madurez a la vejez. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 330-335. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.016>
- Felce, D., y Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)

- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of life in old age: Problematic issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(1), 21-40. <https://doi.org/10.1007/s11482-010-9110-x>
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4), 645-659. <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00282>
- Fernández-Mayoralas, G., y Rojo Pérez, F. (2021). *Envejecimiento activo, calidad de vida y género*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Fernández, I., Sentandreu-Mañó, T., y Tomas, J. M. (2020). Impacto del estatus de fragilidad sobre la salud y calidad de vida en personas mayores españolas. *Atención Primaria*, 52(10), 731-737. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.006>
- Fowlie, M., y Berkeley, J. (1987). Quality of Life. A review of the literature. *Family Practice*, 4(3), 226-234. <https://doi.org/10.1093/fampra/4.3.226>
- Gabadinho, A., Ritschard, G., Müller, N. S., y Studer, M. (2011). Analyzing and visualizing state sequences in R with TraMineR. *Journal of Statistical Software*, 40(4), 37. <https://doi.org/10.18637/jss.v040.i04>
- García-González, J. M., y Grande Martín, R. (2019). De "morirse de viejo" a "morirse viejo": tendencias de la mortalidad de la población de edades avanzadas en España. En: *Informe España 2019* (pp. 89-175). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., y Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension. *Social Policy y Administration*, 37(3), 239-252. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00336>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., y Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Howel, D. (2012). Interpreting and evaluating the CASP-19 quality of life measure in older people. *Age and Ageing*, 41(5), 612-617. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs023>
- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., y Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Ageing & Mental Health*, 7(3), 186-194. <https://doi.org/10.1080/1360786031000101157>
- INE. (2020). *Proyecciones de Población 2020-2070*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (2021). *Cifras de Población. Series detalladas*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Karimi, M., y Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Kaufman, L., y Rousseeuw, P. J. (2009). *Finding groups in data: an introduction to cluster analysis*. New Jersey: John Wiley y Sons.
- Ketchen, D. J., y Shook, C. L. (1996). The application of cluster analysis in strategic management research: an analysis and critique. *Strategic Management Journal*, 17(6), 441-458. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0266\(199606\)17:6<441::AID-SMJ819>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199606)17:6<441::AID-SMJ819>3.0.CO;2-G)
- Layte, R., Sexton, E., y Savva, G. (2013). Quality of life in older age: Evidence from an Irish Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(s2), S299-S305. <https://doi.org/10.1111/jgs.12198>

- Liao, J., y Brunner, E. J. (2016). Structural and functional measures of social relationships and quality of life among older adults: does chronic disease status matter? *Quality of Life Research*, 25(1), 153-164. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1052-1>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Moons, P., Budts, W., y De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891-901. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015>
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., y Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357-363. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.040071>
- Niedzwiedz, C. L., Katikireddi, S. V., Pell, J. P., y Mitchell, R. (2012). Life course socio-economic position and quality of life in adulthood: a systematic review of life course models. *BMC Public Health*, 12(1), 628-639. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-628>
- Oliva, J., Peña-Longobardo, L. M., López-Valcárcel, B. G., Pérez, P. B., y González, N. Z. (2018). Crisis económica y salud: lecciones aprendidas y recomendaciones para el futuro. *Cuadernos económicos de ICE*, 96(II), 165-199. <https://doi.org/10.32796/cice.2018.96.6749>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1996). ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud*, 17(4), 385-387.
- Otero-Rodríguez, A., León-Muñoz, L. M., Banegas, J. R., Guallar-Castillón, P., Rodríguez-Artalejo, F., y Regidor, E. (2011). Life-course socioeconomic position and change in quality of life among older adults: evidence for the role of a critical period, accumulation of exposure and social mobility. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(11), 964-971. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.113555>
- Pérez-Rojo, G., Martín, N., Noriega, C., y López, J. (2018). Psychometric properties of the CASP-12 in a Spanish older community dwelling sample. *Aging & Mental Health*, 22(5), 700-708. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1292208>
- Peters, A., y Liefbroer, A. C. (1997). Beyond marital status: Partner history and well-being in old age. *Journal of Marriage and Family*, 59(3), 687-699. <https://doi.org/10.2307/353954>
- Puga-González, D., Fernández-Carro, C., y Fernández Abascal, H. (2021). Multimorbidity, social networks and health-related wellbeing at the end of the life course. En G. Fernández-Mayoralas, y Rojo Pérez, F. (Ed.), *Active Ageing and Quality of Life: From Concepts to Applications* (pp. (en prensa)). The Netherlands: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_37
- Rodríguez-Blázquez, C., Ribeiro, O., Ayala, A., Teixeira, L., Araújo, L., y Forjaz, M. J. (2020). Psychometric properties of the CASP-12 scale in Portugal: An analysis using SHARE Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6610. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186610>
- Sankoff, D., y Kruskal, J. B. (1983). *Time warps, string edits, and macromolecules: The theory and practice of sequence comparison*. Reading: Addison-Wesley Publication.
- Sexton, E., King-Kallimanis, B. L., Layte, R., y Hickey, A. (2015). CASP-19 special section: how does chronic disease status affect CASP quality of life at older ages? Examining the WHO ICF disability domains as mediators of this relationship. *Aging Ment Health*, 19(7), 622-633. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.955457>

- Soons, J. P. M., Liefbroer, A. C., Kalmijn, M., y Johnson, D. (2009). The long-term consequences of relationship formation for subjective well-being. *Journal of Marriage and Family*, 71(5), 1254-1270. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00667.x>
- Steptoe, A., Deaton, A., y Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Stoeckel, K. J., y Litwin, H. (2013). Personal social networks in Europe: do people from different countries have different interpersonal solidarities. En A. Börsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin, y G. Weber (Eds.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis* (pp. 277-288). Berlin, Boston: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110295467.277>
- UNESCO. (2003). International Standard Classification of Education, ISCED 1997. En J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik y C. Wolf (Eds.), *Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables* (pp. 195-220). Boston, MA: Springer US.
- Von Dem Knesebeck, O., Wahrendorf, M., Hyde, M., y Siegrist, J. (2007). Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study. *Ageing and Society*, 27, 269-284. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X06005484>
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2(1), 2-12. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0500-0>
- Webb, E., Blane, D., McMunn, A., y Netuveli, G. (2011). Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(6), 542-547. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.101758>
- Wiggins, R. D., Higgs, P. F. D., Hyde, M., y Blane, D. B. (2004). Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing and Society*, 24(5), 693-708. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002284>
- Zaninotto, P., Falaschetti, E., y Sacker, A. (2009). Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Quality of Life Research*, 18(10), 1301-1309. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9543-6>
- Zoutewelle-Terovan, M., y Liefbroer, A. C. (2017). Swimming Against the Stream: Non-normative Family Transitions and Loneliness in Later Life Across 12 Nations. *The Gerontologist*, 58(6), 1096-1108. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx184>

ANEXOS

Tabla A1. Análisis Factorial de los 12 ítems de la escala CASP-12. Mujeres y hombres de 67 años y más.

	Mujeres		Hombres	
	Autovalor	Variabilidad explicada	Autovalor	Variabilidad explicada
Factor 1	4,14	0,92	4,16	0,90
Factor 2	0,62	0,14	0,71	0,15
Factor 3	0,42	0,09	0,36	0,08
Factor 4	0,15	0,03	0,20	0,04
Factor 5	0,01	0,00	0,09	0,02
Factor 6	-0,02	0,00	-0,03	-0,01
Factor 7	-0,08	-0,02	-0,10	-0,02
Factor 8	-0,10	-0,02	-0,11	-0,02
Factor 9	-0,11	-0,02	-0,12	-0,03
Factor 10	-0,15	-0,03	-0,14	-0,03
Factor 11	-0,18	-0,04	-0,20	-0,04
Factor 12	-0,21	-0,05	-0,22	-0,05

Fuente: Muestra española séptima edición SHARE Survey.