

DANIEL DÍAZ - Niebla

Artista Fundación Arte sin Fronteras
Dibujo coloreado sobre tableta digital

MODELO PARA EL COMPORTAMIENTO DE PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO A LARGO PLAZO*

Marie-Luise Friedemann**, Laura R. Seff***, Frederick L. Newman**** y Burton D. Dunlop*****

Traducción realizada por el Departamento de Idiomas de UNISANGIL

** Ph.D., R.N. Profesora emérita del Colegio de Enfermería y Profesionales de Salud, Universidad Internacional de Florida (FIU).

*** M.B.A. Investigadora asociada de la Escuela Robert Stempel de Salud Pública (FIU).

**** Ph.D. Profesor emérito de la Escuela Robert Stempel de Salud Pública (FIU).

***** Ph.D. Profesor emérito de la Escuela Robert Stempel de Salud Pública (FIU).

friedemm@fu.edu

Palabras clave:

cuidado a largo plazo, planificación, desarrollo conceptual, modelo, envejecimiento, salud

Key words:

long-term care, planning, concept development, model, aging, health

Resumen

Propósito: Explicar el contexto dinámico de la Planificación del Cuidado a Largo Plazo (LTCP) previos a la crisis, a través del desarrollo y la prueba de un modelo derivado del trabajo de Organización Sistémica de Friedemann, que es consistente con la literatura. Adicionalmente, probar las concepciones teóricas acerca de personas blancas, hispanas y no hispanas y personas negras no hispanas entre los 55 y los 70 años de edad.

Diseño y métodos: Dos grupos de enfoque fueron guiados a validar los constructos propuestos y los elementos de la encuesta desarrollados para medirlos. Subsecuentemente, la encuesta fue aplicada en entrevistas telefónicas con 153 residentes de Miami-Dade, Florida. Las respuestas fueron sometidas a análisis confirmatorios y explo-

ratorios para desarrollar y probar el modelo. Las diferencias demográficas y étnicas fueron probadas mediante el uso de procedimientos de análisis de varianza y regresión.

Resultados: El análisis confirmó el estilo de respuesta de control dentro de tres ámbitos de planeación: área financiera, bienestar-habilidad funcional y socio-ambiental. La respuesta de aceptación pareció significar una actitud que se traduce en aceptación hacia la ayuda en los tres ámbitos. Fueron evidentes diferencias étnicas pero no de género.

Conclusiones: Los resultados proporcionaron un modelo de LTCP para futuras pruebas. Entender el proceso de LTCP formará las bases para intervenciones educativas.

*El soporte para esta investigación se recibió de Grant IR03AG20326 del National Institute on Aging (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento), Washintong D.C., E.E.U.U.

Abstract

Purpose: To explain the dynamic context of planning for long-term care prior to crisis through development and testing of a model derived from Friedemann's Framework of Systemic Organization that is consistent with the literature. Additionally, to test the theoretical assumptions about Hispanic, non-Hispanic White, and non-Hispanic Black persons 55 to 70 years of age.

Design and Methods: Two focus groups were conducted to validate the proposed constructs and survey items developed to measure those constructs. Subsequently, the survey was used in telephone interviews with 153 Miami-Dade, Florida residents. Responses underwent exploratory and confirmatory analyses to develop and test the model. Demographic and ethnic differences were tested by using Analysis of Variance and regression procedures.

Findings: The analysis confirmed the response style of control within three planning domains: financial, wellness and functional ability, and social/environmental. The acceptance response seemed to signify an attitude that translates into accepting help in all three domains. Ethnic differences but no gender differences were evident.

Conclusions: Findings provide a model of LTCP for future testing. Understanding the LTCP process will form the basis for education interventions.

Antecedentes

En 1997, colegas del Centro de Envejecimiento y el Departamento de Administración Pública de la Universidad Internacional de Florida (FIU) aplicaron una gran encuesta de actitudes y comportamientos a empleados de la universidad que planeaban su retiro (Frank, Condon, Dunlop & Rothman, 2000). Ellos descubrieron que para muchos empleados existía una disyunción entre la visión del retiro y el comportamiento necesario para realizar esa visión. Un 70% predijo que el retiro representaría "sus años dorados", en donde disfrutarían de la amistad, la familia y la buena salud; una imagen optimista que variaba relativamente poco con la edad, nivel de salario o raza-etnia.

Paradójicamente, menos de un tercio reportó que ha pensado "mucho" acerca de su retiro o parecía comprometerse en cualquier actividad significativa para el ahorro; pero al mismo tiempo, más de dos tercios expresaron preocupación acerca de que no estaban ahorrando suficiente. Como aspecto interesante, al mismo tiempo, los encuestados mostraron escaso conocimiento financiero, cuando se les pidió responder a pruebas comunes de conocimiento acerca de la inversión y sus tipos de estrategia. Por lo tanto, mientras cierto personal expresó algún descontento con su comportamiento de planificación financiera, algunos idealizaron la imagen de su retiro como existente en un vacío fuera de la esfera de planificación.

Este fenómeno de no planeación estimuló el interés de los investigadores en el Centro de Envejecimiento y la Escuela de Enfermería, quienes luego exploraron la literatura para determinar si esto era consistente con el comportamiento de la Planificación del Cuidado a Largo Plazo (LTCP) en general. Mientras ha habido mucha investigación acerca de la utilización de los servicios del cuidado a largo plazo, se detectó que se sabía muy poco acerca de cómo los adultos y adultos mayores se preparan para el tiempo en que sus habilidades funcionales se deteriorarán y requerirán asistencia en sus actividades de la vida diaria.

De hecho, la evidencia limitada que existe sugiere que la mayoría de las decisiones y la planificación del cuidado a largo plazo son hechas en un punto de crisis; la búsqueda de información y la toma de decisiones en la ausencia de crisis ocurre raramente (McGrew, 2000; Mathew Greenwald & Associates, Inc., 2000). Desafortunadamente, existen opciones que no pueden ser completamente consideradas cuando las decisiones se toman durante la crisis bajo la presión del tiempo; y los individuos que no han planeado nada son, a menudo, forzados a acogerse a soluciones más costosas y menos satisfactorias.

La limitada literatura en LTCP genera razones para la no planificación. Estas incluyen: relaciones relativamente distantes o no existentes con un "cuidador" (Kulys & Tobin, 1980); creencia general de que la planificación es de poca o ninguna utilidad (Carrese, Mullaney, Faden, & Finucane, 2002; Kulys & Tobin, 1980; McGrew, 2000); creencia de que la planificación hacia cosas malas puede, de hecho, hacerlas suceder (Carrese et al., 2002); una preferencia por vivir "un día a la vez" (Carrese et al., 2002); inhabilidad para imaginarse a sí mismo vulnerable a la dependencia (McGrew, 2000); creencia de que la planificación es innecesaria porque el destino está determinado por fuerzas externas (por ejemplo, Dios, la comunidad, amigos o familiares) (McGrew, 2000; Sorensen & Piquart, 2000; Mathew Greenwald & Associates, Inc., 2000); y preocupación de que la planificación no tiene valor en la ausencia de recursos financieros y/o sociales (Sorensen & Piquart, 2000).

la mayoría de las decisiones
y la planificación del cuidado
a largo plazo son hechas en un
punto de crisis

También se aprendió que las brechas en el conocimiento acerca del LTCP son significativas. Los estudios previos fueron principalmente cualitativos y retrospectivos, usando muestras relativamente pequeñas. Sorensen y Zarit (1996) encontraron que la anterior investigación en LTCP indagó solo en un aspecto de preparación a la vez, mientras Sorensen y Piquart (2001) notaron que la anterior investigación de LTCP representó la preparación como un concepto mezclado entre dos o más componentes no diferenciados. Por otra parte, ningún estudio se

enfocó en la planificación del cuidado a largo plazo en la edad adulta, cuando es más probable que la planificación produzca resultados satisfactorios para el planeador.

Nuestro equipo de investigación reconoció una gran necesidad de incrementar el entendimiento acerca del LTCP entre médicos, enfermeras y agencias de servicio social. Las personas en estas posiciones pueden desempeñar un papel esencial en introducir la importancia de planear, explicando las consecuencias potenciales de la no planificación y facilitando que esta se realice.

En la preparación para el enfoque de la educación formal, se desarrolló una herramienta para ayudar a las personas en el rango de edad objetivo a entender los ámbitos de la planificación, identificar y dirigir su resistencia a la misma, abrir la comunicación con su familia y amigos acerca de las preferencias del cuidado a largo plazo, y facilitar el desarrollo de planes de cuidados de larga duración. Mientras que el proceso de desarrollar un instrumento y su base teórica es descrito por otros (Friedemann, Newman, Seff & Dunlop, 2004), el enfoque de este trabajo es la articulación de constructos de planeación y proceso, su base teórica y la congruencia del modelo original de planificación con los resultados de nuestra investigación.

El marco teórico para explorar el comportamiento de LTCP mezcló el trabajo de Kulys & Tobin (1980) y McGrew (2000) con el de la Organización Sistémica (FSO). La FSO, propuesta por Friedemann, es una teoría de enfermería basada en los principios de sistemas abiertos que ayuda en la conceptualización del modelo esencial de constructos, la interpretación de los resultados y la modificación definitiva del modelo de planificación. El concepto de congruencia es central en el FSO de Friedemann (1995), un estado de armonía en el que los ritmos y el patrón especial de sistemas de interacción estén plenamente en sintonía con los demás. Para todas las personas, la congruencia es el estado deseado y significa salud. La noción de congruencia que resulta en la paz mental es aplicable a un resultado positivo de la planificación deliberada en una época de la vida en la cual las enfermedades son crónicas y conducen inevitablemente a la necesidad de asistencia y cuidado. El esfuerzo innato hacia la congruencia, por lo tanto, fue considerado como la fuerza motivadora para la planificación de cuidados a largo plazo.

El esfuerzo innato hacia la congruencia, por lo tanto, fue considerado como la fuerza motivadora para la planificación de cuidados a largo plazo

Friedemann (1996) presenta dos constructos adicionales, control y conectividad, como mecanismos para lograr la congruencia. La conectividad se define como un proceso de convertirse en parte de otro sistema (comunidad religiosa, amigos, naturaleza, entre otros) y de fusionarse con el otro sistema en el mismo nivel esencial, o integrar el sistema propio de otros. A través del control, los individuos intentan eliminar o moderar las influencias negativas y las amenazas a su bienestar.

En el caso de LTCP, el éxito del control significa la modificación de las condiciones adversas (por ejemplo, seguridad de adquisición, encontrar un lugar seguro para vivir), de modo que el individuo pueda continuar la vida relativamente libre de preocupaciones. Por el contrario, para lograr congruencia al participar en el proceso de conexión, los individuos hacen un autoajuste y se tornan congruentes con dependencia. En el LTCP, el resultado es la aceptación de la vulnerabilidad propia a través del envejecimiento.

Friedemann (1996) explica, además, que los individuos se diferencian por el énfasis que ponen en el control y la conexión, y en los aspectos para los cuales emplean estas estrategias a lo largo de su vida. El equilibrio entre los estilos de respuesta de control y aceptación de LTCP, por lo tanto, es un elemento clave para distinguir los estilos personales. La noción de equilibrio entre los estilos de respuesta es coherente con otras investigaciones (por ejemplo, Carrece et al., 2002; Maloney et al., 1996; McGrew, 2000; Sorensen & Pinquart, 2001, Pinquart & Sorensen, 2002) y parece esencial para comprender la dinámica compleja de LTCP.

La Figura 1 muestra el modelo preliminar antes de la prueba. Como se observa, los constructos de aceptación y control tomados del FSO fueron mezclados con tres ámbitos de planificación propuestos por Kulys y Tobin (1980) y McGrew (2000). Kulys y To-

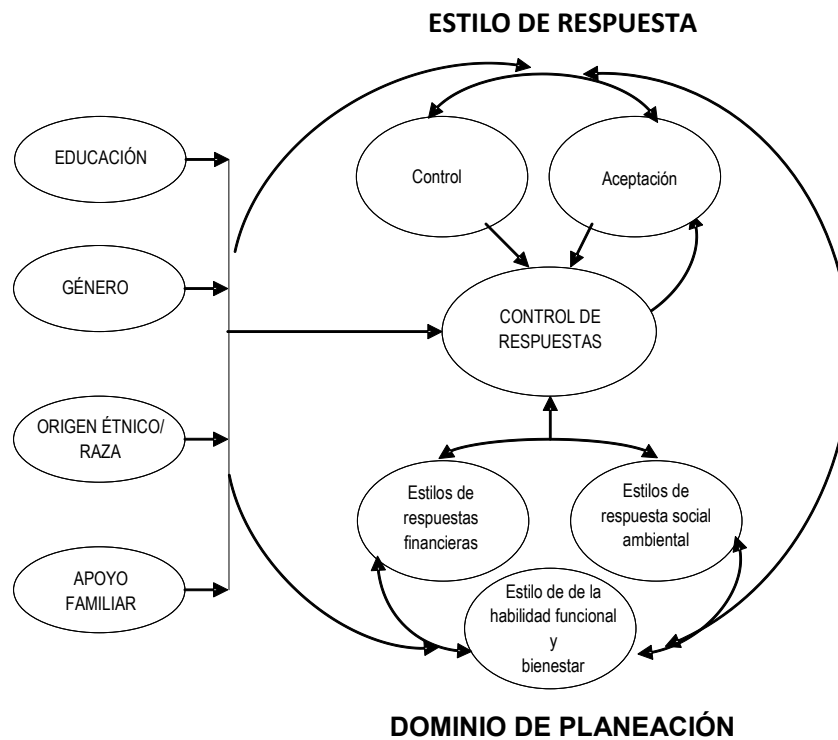
bin descubrieron que era el más útil para evaluar la variabilidad con anticipación, planificación y preparación [para una futura crisis] en tres áreas: finanzas, salud y convivencia. McGrew propuso que antes de la crisis de planificación de cuidados a largo plazo, está la dedicación de recursos o de una elección hecha hoy con respecto a la posibilidad de necesidad de cuidados a largo plazo en el futuro, que se puede hacer en tres áreas de planificación: financiera, socio-ambiental o integral. El área "integral" de McGrew combina los conceptos económicos y socio-ambientales basados en una mezcla entre sus ámbitos y los de Kulys y Tobin.

Nuestro modelo representa la aceptación y los estilos de control de respuesta en tres ámbitos: financiero, bienestar-capacidad funcional y socio-ambiental. El modelo es explícitamente positivo ilustrando un marco teórico deseable para LTCP. En el modelo está implícita la falta de planificación o no planificación, que sería evidenciada por respuestas negativas a las descripciones positivamente enunciadas de las actitudes de planificación y comportamiento.

La Figura 1 ilustra los cinco factores que, según se cree, influyen en el proceso de planificación: educación, género, etnia, raza y apoyo familiar. La necesidad de explorar la relación de estos factores con la planificación de cuidados a largo plazo se sugiere en la literatura. Aunque algunas investigaciones no han encontrado relación entre el estado de salud o ciertos factores demográficos y el LTCP (por ejemplo, Kulys y Tobin, 1980), otros estudios han demostrado relaciones sólidas. Por ejemplo, Sorensen y Pinquart encontraron que una mayor actividad de los déficits de la vida diaria y una mayor edad se asociaron con una planificación más concreta (2000), y que las personas con más educación tenían más probabilidades de reunir información sobre el futuro de las necesidades de atención y las opciones, y eran menos propensos a no pensar categóricamente acerca de la atención en el futuro (2001).

Mitchell, Mathews y Hack (2000) encontraron que los afroamericanos mayores eran más propensos que los blancos a haber generado LTCP, que los afroamericanos ancianos con más educación son más propensos que otros a haber generado LTCP, y que el nivel de instrucción predijo planes de atención institucional. En su estudio del uso de predictores del LTCP entre las personas mayores, Finlayson

Figura 1. Marco de investigación de planeación de cuidado a largo término



(2002) encontró que la autovaloración de la salud y la suficiencia de ingresos predijeron el uso del cuidado en casa relacionado con el desuso de estos servicios. El estudio de Roberto, Weeks y Matheis-Kraft (2001) acerca de las decisiones del cuidado de la salud de los adultos mayores mostró que las consideraciones médicas, las relaciones personales, las experiencias pasadas, la calidad de vida y las decisiones de cuidado de la salud estaban guiadas por la edad.

La investigación sobre la utilización de los servicios de salud y cuidados a largo plazo entre subgrupos étnicos también ha identificado diferencias en las necesidades de utilización. Por ejemplo, un grupo de hispanos en los Estados Unidos son más propensos a ser afectados por enfermedades crónicas y lesiones. También se ha encontrado que los hispanos de más edad tienen mayores tasas de incumplimiento de los regímenes de salud establecidos, como el uso de la medicación, el ejercicio y la modificación de la dieta (AARP, 1998). Los estudios han demostrado que los adultos mayores de las minorías que residen en la comunidad, subutilizan los servicios formales de atención a largo plazo a pesar de una necesidad relativamente alta (Mui, Choi y Mond, 1998), y es más probable que se

enfrenten a barreras para acceder a ellos (AARP).

El impacto de algunas de estas variables en LTCP fue explorado por Mitchell (2000) y fue considerado en el diseño de grupos focales de "Voces de la mujer" (Mathew, Greenwald y Associates, Inc., 2000). Mitchell encontró que los adultos mayores afroamericanos (65 o más años) eran más propensos que los blancos a haber hecho planes de cuidados a largo plazo, y que los ancianos afroamericanos con más educación son más propensos que otros afroamericanos a haber hecho estos planes. En los grupos focales de "Voces de la mujer" (Mathew, Greenwald y Associates, Inc.), estratificados por edad y raza o etnia, los investigadores identificaron diferencias en las actitudes acerca del LTCP basados en edad y raza o etnia. Por último, Friedemann et al. (2004) encontró que los hispanos reportaron acuerdos significativamente más altos de elementos que expresan el uso de la ayuda de familiares y amigos que los no hispanos, y que los no blancos tenían más probabilidades de haber generado planes futuros de vida.

Preguntas de investigación

La investigación fue diseñada para responder a las siguientes preguntas sobre el modelo propuesto:

1. ¿Cuáles son los ámbitos de la planificación de cuidados a largo plazo (LTCP)?
2. ¿Cómo son los dos estilos de respuesta (control y aceptación) expresados en LTCP?
3. ¿Cómo los factores de contribución sugeridos varían al LTCP?

Métodos

El estudio se realizó en dos fases. La primera implicó el desarrollo de los descriptores y los elementos de prueba para los constructos de LTCP y estilos de respuesta, que se validaron en dos grupos de enfoque. La segunda fase incluyó el uso del cuestionario propuesto para probar el modelo mediante la realización de una encuesta telefónica a 153 personas elegidas al azar entre los 55 y 70 años de vida en Miami-Dade, Florida. El Instituto de Investigación de Opinión Pública (IPOR) de la Universidad Internacional de la Florida, una rama de investigación de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social, realizó las entrevistas telefónicas. IPOR lleva a cabo encuestas por teléfono desde su laboratorio de técnicas de investigación por teléfono en la FIU.

Como parte de este estudio, se llevaron a cabo pruebas psicométricas del cuestionario, que fue reportado por otros (Friedemann, et al., 2004). A continuación, se analizaron y exploraron las relaciones de las variables que influyen en el modelo de planificación de cuidados a largo plazo. Finalmente, basados en estos análisis, el modelo fue refinado y vuelto a probar.

Desarrollo del constructo

Los descriptores de LTCP reflejan acciones mensurables y discretas, o actitudes atribuidas a la aceptación o el estilo de respuesta de control dentro de los tres ámbitos de planificación: el financiero, el bienestar-capacidad funcional y socio-ambiental. Las actividades de control involucraron planificación financiera, tales

como el ahorro y la inversión de dinero, la planificación de bienestar en términos de acciones de mantenimiento de la salud, y planificación socio-ambiental, tales como los arreglos de vivienda o la asignación de miembros de la familia para proporcionar atención en el futuro. Por ejemplo, “invertir todo el dinero que me puedo permitir” aplicado al estilo de respuesta de control en el ámbito de la planificación financiera.

La aceptación (actividades o acciones) refleja una actitud conciliadora. Financieramente, la aceptación significa estar dispuesto a pedir ayuda financiera y a aceptar ayuda si es necesario, y la planificación de bienestar, la disposición a aceptar la ayuda ofrecida. En el ámbito socio-ambiental, la planificación incluye la aceptación, la disposición a aceptar ayuda de recursos familiares y comunitarios, aunque estos elementos pueden ser factores en el contenido común de pedir o aceptar ayuda más que en cualquier otro concepto de aceptación de mayor nivel.

Con el fin de comprobar la validez del modelo, se han desarrollado 60 acciones o declaraciones de actitud (diez artículos correspondientes a cada ámbito de la planificación y el estilo de respuesta). Las declaraciones de base: “para sacar lo mejor de mi futuro...” y “cuando pienso en envejecer...”, precedidas de control y elementos de aceptación, respectivamente; por ejemplo, “Para sacar lo mejor de mi futuro... tengo un examen regular de salud y exámenes de...”, mide el estilo de respuesta de control en el ámbito bienestar-capacidad funcional. Del mismo modo, “Cuando pienso en envejecer... sé que puedo pedir a la gente que me ayude con las tareas del hogar y cómo moverme”, mide el estilo de respuesta de aceptación en el ámbito socio-ambiental. La redacción de las declaraciones de base, combinada con acciones descritas pensadas para un acuerdo o desacuerdo, indica el estado de la acción y que la acción se centró en la planificación para el futuro. Una escala tipo Likert de cuatro puntos (desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo) fue utilizada para medir el nivel de los encuestados de acuerdo con cada declaración.

Grupos focales

Se realizaron dos grupos focales para solicitar la opinión sobre la pertinencia del marco, así como la lógica y la redacción de los artículos. Los participantes eran heterogéneos y de diferente condición socioeconómica. El primer grupo incluyó tres mujeres blancas de ni-

vel medio-alto de ingresos, de 70 años, asociadas con la Universidad Internacional de Florida. El segundo grupo de 15 personas, de 75 a 90 años, incluyó ocho hispanos, tres afrodescendientes no hispanos, y cuatro de raza blanca no hispanos, en un programa de actividades de alto nivel en un barrio de bajos ingresos. Siendo mayor que las muestras específicas para el estudio, los participantes percibieron LTCP como una cuestión urgente y fueron capaces de informar sobre la planificación de las actividades que habían emprendido.

Se les pidió a los participantes de los grupos completar el cuestionario en primer lugar. Durante el debate que siguió se les preguntó: 1) si tenían problemas con cualquiera de los elementos y por qué; 2) si los elementos incluían el tipo de preocupaciones que tenían en mente acerca de su futuro, y 3) qué otras áreas importantes de la planificación para el futuro se quedaron fuera.

Ambos grupos encontraron los elementos relevantes y hubo acuerdo acerca de los estilos de respuesta y las áreas generales de la planificación. Los encuestados podían verse a sí mismos mediante acciones pertenecientes a los diferentes estilos de respuesta. Basándose en los grupos de discusión, la terminología de varios artículos fue cambiada y se añadieron cuatro preguntas, dando lugar a un cuestionario de 64 elementos, listo para la prueba. Además de las 64 preguntas de la encuesta, el programa de la entrevista incluyó una pregunta de selección para asegurar que todos los participantes estuvieran en el rango de edad de 55 a 70 años; siete preguntas relacionadas con la demografía y el grado de contacto con la familia; y siete elementos utilizados anteriormente por los doctores B. & E. Kahana (E. Kahana, comunicación personal, 20 de noviembre de 2001) que se refieren a detalles sobre la planificación de acciones determinadas y actitudes acerca de la utilidad de la planificación.

Encuesta por teléfono

Traducción del instrumento. Utilizando el método sugerido por Brislin (1980), un experto familiarizado con diversos dialectos del español produjo la traducción original. Otra persona bilingüe retradujo al inglés la versión en español. Los dos traductores luego compararon las versiones originales y traducidas. Un tercer experto bilingüe examinó todos los artículos que no

eran idénticos y tomó la decisión de una traducción aceptable.

Formación del entrevistador. El Instituto de Estudios de Opinión Pública (IPOR), el personal y los investigadores para este estudio formaron sistemáticamente a los entrevistadores, pregunta por pregunta, incluidos los controles necesarios y las medidas de control de calidad. La formación hizo especial hincapié en la sensibilidad cultural, el tacto, el establecimiento de una relación de confianza, la claridad de la comunicación y la paciencia con los sujetos de mayor edad.

Los entrevistadores aprendieron a fomentar la participación, minimizar el sesgo, hacer frente a situaciones problemáticas y manejar los encuestados difíciles, así como la forma de garantizar los derechos de los participantes y su consentimiento informado. Comentarios detallados de los entrevistadores no revelaron problemas con el flujo del lenguaje o la relación con los participantes después de tres entrevistas de ejecución de prueba. Los investigadores hicieron algunas modificaciones menores en el texto de las dos versiones de la encuesta con el fin de optimizar la claridad.

Cuestionario de la administración. El IPOR de la Universidad Internacional de Florida administró el cuestionario por teléfono durante un período de dos meses con versiones en inglés o en español del instrumento, de acuerdo a la preferencia del encuestado. IPOR trabajó con un marco de muestreo estratificado de acuerdo a las tasas de respuesta esperadas en el área de Miami-Dade, para aumentar los intentos de entrevista en las zonas con tasas de respuesta históricamente bajas. Antes de realizar las entrevistas, los encuestados fueron advertidos de sus derechos; su disposición para responder se consideró el consentimiento informado.

Los entrevistadores utilizaron un sistema computarizado (CATI) para marcar los encuestados potenciales y las respuestas de grabación. El formato interactivo del sistema CATI asegura la exactitud en el registro de las respuestas al permitir el progreso de la entrevista sólo si cada respuesta anterior calificó dentro de los parámetros preestablecidos. Los entrevistadores leyeron los artículos directamente de la versión original del instrumento. La proporción de entrevistas completas a las denegaciones finales fue de 44%, lo que se considera un resultado bastante estándar para una muestra protegida (por ejemplo, Connelly y Dutton, 2002).

Análisis de datos

Como se señaló, el estudio incluyó la administración de una encuesta telefónica, que incluyó 64 declaraciones sobre las acciones LTCP o actitudes, a 153 personas elegidas al azar entre las edades de 55 y 70 que viven en Miami-Dade County, Florida. Para probar la validez del modelo se utilizó el análisis factorial exploratorio, incluyendo la factorización del eje principal (PAF) con rotación oblicua, seguido de pruebas alfa de Cronbach para la consistencia interna de los estados en cada uno de los factores (Friedemann et al., 2004). Estos procedimientos dieron como resultado un instrumento válido y confiable, según lo descrito por Friedemann et al. (2004).

Para confirmar la estructura factorial y la prueba de nuestro modelo, las declaraciones se sometieron a un análisis confirmatorio utilizando AMOS 4.0 (Arbuckle y Wolthke, 1999) según lo recomendado por Byrne (2001) y por Hu y Bentler (1998). Luego se examinaron las diferencias entre los grupos étnicos mediante el análisis de los efectos fijos de sexo, raza, etnicidad y educación. Se calcularon las puntuaciones factoriales para cada persona en la muestra y se realizaron análisis de varianza multivariada donde las puntuaciones de los factores fueron las medidas dependientes.

Resultados

Características de la muestra

La muestra final de 153 personas incluyó 58 hombres y 95 mujeres. Más de la mitad (58,3%) eran hispanos, 10,6% eran afroamericanos y 30,4% eran blancos no hispanos. La mayoría de los hispanos (52,3%) fueron los cubano-americanos, los hispanos restantes procedían de países de América Central y del Sur, México y Puerto Rico. Dos encuestados (1,3%) no tenían educación formal, 29 (19%) no habían completado la escuela secundaria, y 41 (26,8%) tenían un diploma de escuela secundaria o su equivalente. Los restantes 67 encuestados tenían educación universitaria (20,9%) o fueron graduados universitarios (22,9%). No hubo información acerca de la educación en 13 personas (9,1%).

Planificación de las actitudes

Se hicieron cinco preguntas, fuera del contexto del modelo, para generar algo de información acerca de las actitudes hacia la planificación para el cuidado en el futuro. Cuando se les preguntó: "Durante el año pasado, ¿con quién ha discutido planes para su propio cuidado,

si alguna vez tiene una discapacidad?", cerca de la mitad (43,8%) indicó que no discute los planes con nadie. De aquellos que discuten la cuestión, aproximadamente un tercio (32,7%) informó compartir sus pensamientos de planificación con los miembros de la familia excepto cónyuges, el 29,4% había discutido los planes con su cónyuge, y el 4,6% mencionó LTCP a su médico o trabajador de la salud. El tercio restante había elegido otros compañeros de discusión diferentes de la familia.

En cuanto a la planificación de moverse cuando se necesita atención, más de la mitad (51,6%) no tenía ningún plan en absoluto. Los números eran casi los mismos para las personas que planean encontrar otro arreglo de vivienda para ellos y sus cónyuges (10,6%), las personas que planean irse a vivir con familia (13,2%), y los que planeaban mudarse a una comunidad de retiro (11,9%). Sólo el 5,3% ha considerado un marco institucional: instalación de vivienda asistida (3,9%) o asilo de ancianos (1,4%), y 7,4% no sabe o no responde a esta pregunta. Las principales razones citadas para la elaboración de planes de mudarse, fueron: por estar con la familia (22,2%) o vivir de forma más económica (19,4%). Otras respuestas, por ejemplo: para estar más seguro, para estar más cerca a los servicios para adultos mayores o para vivir en un lugar más cómodamente, se mencionan con menos frecuencia. Una cuarta parte de los encuestados no sabe o no responde a esta pregunta.

Más de tres cuartas partes de los encuestados indicaron que la planificación de las necesidades de atención en el futuro es muy útil (50,3%) o útil (26,1%). Paradójicamente, poco menos de un tercio (32,7%) de los participantes dijeron que se preocupan por las necesidades futuras siempre o con frecuencia, y la mayoría manifestó que pensaba en esto ocasionalmente (34,6%), rara vez (17,0%) o nunca (15,0%), y menos del uno por ciento no dio respuesta. Este hallazgo no es diferente de las respuestas aparentemente contradictorias, informadas sobre la encuesta de jubilación discutida anteriormente (Frank, et al., 2000).

El instrumento

El análisis del factor confirmatorio soportó fuertemente la solución de cinco factores con un índice de confianza comparativo de 0.987, donde un valor ≥ 0.950 es considerado ideal (Byrne, 2001; Hu y Bentler, 1998), y un error cuadrático medio de aproximación de 0.050, donde un valor de 0.050 o menos es considerado ideal (Byrne, 2001; Hu y Bentler, 1998). Las estimaciones de los parámetros (comparable a un factor de carga en un análisis factorial exploratorio) para todos los elementos dentro

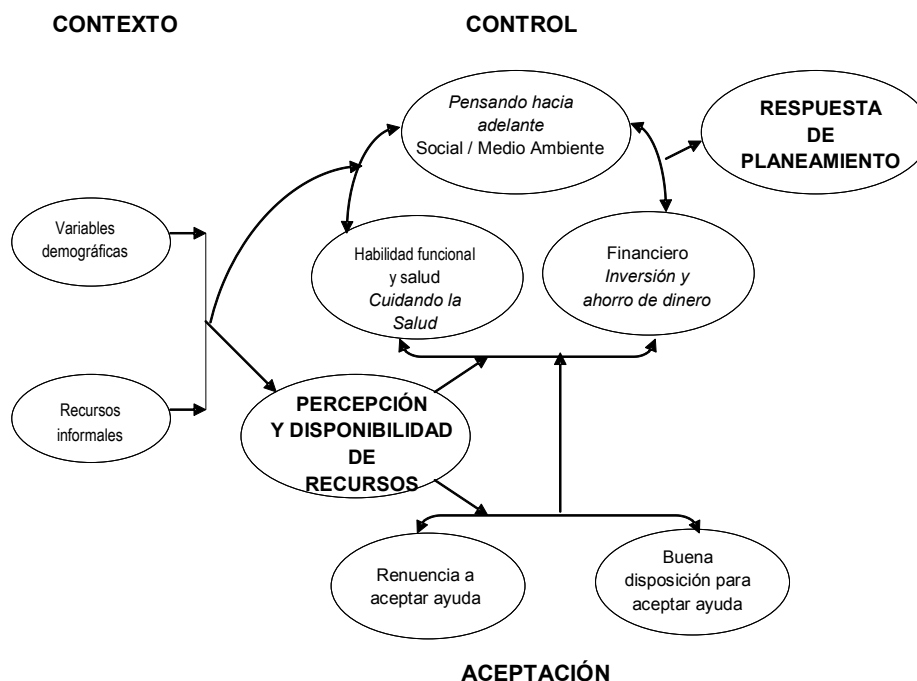
de cada factor son iguales o muy por encima del criterio de 0.45. La consistencia interna de estos factores

van en el rango del alfa de Cronbach, de 0.71 a 0.85 (Friedemann, et al., 2004).

Figura 2. Dominios de planeación y contenidos por unidad

DOMINIOS DE PLANEACIÓN	CONTENIDOS POR UNIDAD
<p style="text-align: center;"><u>PENSANDO Y PLANEANDO HACIA EL FUTURO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tipo de planeamiento:</i> Social/medioambiente • <i>Estilo de respuestas:</i> Control • <i>Rango estimado* de parámetros confirmatorios:</i> .73 a .90 	<p>Para hacer de mi futuro el mejor...</p> <ul style="list-style-type: none"> • He tomado pasos para hacer mi casa un lugar seguro para la tercera edad, con pasamanos en las escaleras, con mejores y más seguras alfombras y luces. • He encontrado un lugar para moverme con seguridad y donde puedo envejecer y hacer mi vida más fácil. • He hecho arreglos para decidir dónde y con quién voy a vivir cuando envejezca. • Me he informado sobre las posibilidades que tendré cuando ya no pueda cuidarme yo solo. • He hablado con mi familia y amigos sobre quién me va a acompañar cuando esté viejo. • Le he dicho a mi familia y amigos sobre quién me va a cuidar cuando esté viejo. • He averiguado sobre casas para la tercera edad y los servicios que tienen en mi comunidad.
<p style="text-align: center;"><u>CUIDANDO LA SALUD:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tipo de planeamiento:</i> Bienestar/habilidad funcional. • <i>Estilo de respuesta:</i> Control • <i>Rango estimado* de parámetros confirmatorios:</i> .45 a .92 	<p>Para hacer de mi futuro el mejor...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigo las instrucciones de mi médico, enfermera o cualquier otro profesional de salud cuando esté enfermo. • Me hago un examen reciente de salud y me tomo radiografías. • Me aseguro de hacerme chequeos frecuentes de salud. • Siempre me tomo las píldoras que mi médico me da. • Leo y veo programas de salud acerca de cómo mantenerse saludable.
<p style="text-align: center;"><u>AHORRO E INVERSIÓN DE CAPITAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tipo de planeamiento:</i> Financiero • <i>Estilo de respuesta:</i> Control • <i>Rango estimado* de parámetros confirmatorios:</i> .73 a .90 	<p>Para hacer de mi futuro el mejor...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ahorro dinero cada mes. • Regularmente ahorro cierta suma para el futuro. • Invierto tanto como pueda. • Estoy ahorrando dinero ahora para aumentar su valor en el futuro.
<p style="text-align: center;"><u>ACEPTAR AYUDA SI ES NECESARIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tipo de planeamiento:</i> Todos • <i>Estilo de respuesta:</i> Aceptación • <i>Rango estimado* de parámetros confirmatorios:</i> .61 a .73 	<p>Cuando pienso en mi vejez...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yo sé que puedo pedir ayuda a la gente en mi trabajo de casa y para desplazarme. • Es reconfortante saber que la familia y mis amigos me ayudarán con mi casa y con ciertas diligencias. • Estoy seguro de que podré pedir ayuda con las actividades que me sea difícil ejecutar solo. • Sé que estaré feliz de aceptar ayuda para ciertas actividades difíciles de ejecutar. • Pienso que me merezco esa ayuda que obtendré de familia y amigos.
<p style="text-align: center;"><u>NO ACEPTAR AYUDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tipo de planteamiento:</i> Todos • <i>Estilo de respuesta:</i> Aceptar • <i>Rango estimado* de parámetros confirmatorios:</i> .61 a .76 	<p>Cuando pienso en mi vejez...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pienso que será difícil para mí pedir dinero si lo necesito. • Me imagino que será muy difícil para mí pedir ayuda para las actividades diarias como cocinar y bañarse que me dan dificultad.
<p>* Índice de Ajuste Comparativo (IAC) = .987, Raíz Media Cuadrada de Aproximación (RMCA) = 0.050</p>	

Figura 3. Modelo revisado



Como se muestra en la Figura 2, los dominios de la planificación anticipada, es decir, bienestar financiero, bienestar-capacidad funcional y socio-ambiental fueron confirmados. El análisis también apoyó la aceptación de propuestas y estilos de control de la respuesta como se deriva de Friedemann (1995), con un pequeño giro. El control tomó la forma de las acciones planificadas prácticas o decisiones adoptadas para reducir el riesgo de disminución de la calidad de vida que pudieran derivarse de la pérdida futura de la capacidad funcional. Tomar el control de pensar en el futuro y la planificación en relación con una de las futuras condiciones sociales y ambientales incluye siete declaraciones, el control de la salud y capacidad funcional incluye cinco declaraciones, y el ahorro y el dinero de inversión fueron expresados por cuatro elementos.

La aceptación de constructo, expresada en la voluntad de aceptar o no la ayuda, fue confirmada por siete elementos en dos factores. Estos dos factores expresaron: 1) percepción de la ayuda disponible de una red social en las áreas de bienestar financiero, bienestar-capacidad funcional y socio-ambiental y probable voluntad de utilizar este tipo de ayuda, y 2) obstáculos para pedir ayuda financiera o asistencia con las actividades diarias de una red social. Su fiabilidad es aceptable con valores de alfa Chronbach de 0,71 (Friedemann, et al., 2004). En particular, los dos factores de aceptación parecían combinar las habilidades socio-

ambientales, de bienestar-capacidad funcional y el área financiera, lo que sugiere que se está dispuesto a aceptar el destino o lo malo que puede suceder y la ayuda que su familia, amigos o la comunidad puede ofrecer en respuesta a la necesidad, parecía ampliamente aplicable a través de los tres ámbitos de planificación.

En resumen, ambos conceptos, el control y la aceptación, claramente surgen del análisis, pero su papel en el proceso de LTCP parecía muy diferente, lo que sugiere la necesidad de una modificación del modelo original. El lado izquierdo de la Figura 3 muestra el modelo reconceptualizado en términos de planificación de los ámbitos y los estilos en relación con LTCP, expresada aquí como "Planificación de la Respuesta" que se detalla más adelante.

Variación en LTCP

Según lo descrito previamente, se han incorporado cinco factores que tenían potencial para influir en el marco teórico propuesto para LTCP, incluyendo género, raza-origen étnico, nivel educativo y contacto con la familia. Las principales diferencias se describen a continuación.

Etnia y Raza. Los hispanos tenían un acuerdo significativamente más alto con los temas de aceptación [$t =$

1,99 (149) $p = 0.05$] (Friedemann, et al., 2004) que los no hispanos. La prueba multivariada entre los efectos inter-sujetos dio una plaza de 0.026 ETA. Este tamaño del efecto se consideró muy pequeña, lo que sugiere que los hispanos, en promedio, estuvieron ligeramente más dispuestos a pedir ayuda y utilizar los recursos informales que tenían y menos propensos a ahorrar e invertir el dinero que los no hispanos.

En cuanto a las diferencias raciales, el pequeño número de afroamericanos, hispanos de raza negra y asiáticos requiere su combinación para generar un solo grupo "no blanco" ($n = 40$) para el análisis de los datos por grupo racial. En la planificación del ámbito socio-ambiental, los encuestados no blancos eran más propensos a declarar un alto acuerdo con los elementos que los encuestados blancos [$t = 2.95$ (149) $p < 0.01$] (Friedemann, et al., 2004). Los cuadrados ETA fueron 0,045, lo que significa que el 4,5% de la varianza se explica por la diferencia entre los dos grupos.

Estos resultados sugieren que los no blancos reportaron significativamente más planificación acerca de dónde y con quién vivirían en el futuro que los blancos. No hubo otras diferencias significativas en lo étnico-racial, en los ámbitos de sistema financiero o bienestar-capacidad funcional. En el ámbito de planificación de bienestar-capacidad funcional, todas las respuestas de los grupos étnicos a las cinco declaraciones tenían un sesgo positivo moderado. Alrededor del 60% de los encuestados informó el máximo acuerdo, lo que sugiere que la planificación para una buena salud en el futuro era un motivo de grave preocupación para la mayoría.

Género y Educación. El análisis no arrojó diferencias significativas en los comportamientos de planificación entre hombres y mujeres. Sin embargo, al comparar los grupos a lo largo del nivel educativo, se produjo una diferencia significativa en la planificación socio-ambiental [$F(3, 133) p = 3.11, = 0.03, \eta^2 = 0,066$] entre las personas con educación secundaria o menor y los que tienen algún grado de educación superior. Los encuestados con niveles educativos más bajos tienden a pensar más acerca de su futuro régimen de vida que las personas con más años de educación.

Contacto familiar. El contacto con la familia se midió con dos ítems de la encuesta, preguntando por el número de llamadas telefónicas y el número de visitas con miembros de la familia en los últimos 30 días.

El análisis no arrojó diferencias significativas en los comportamientos de planificación entre hombres y mujeres

Dos análisis de regresión independientes se llevaron a cabo para describir la fuerza de la relación de cada uno de los dos elementos de contacto con la familia con las puntuaciones factoriales de los cinco ámbitos de planificación. Las relaciones fueron muy fuertes por ambos conceptos. La estimación de la frecuencia de contactos telefónicos produjo un valor de $R = 0,314$, que representa el 9,9 por ciento de la variación total de la planificación ($F = 3,142, = 0,01$). Los coeficientes beta estandarizados y los coeficientes de correlación parcial fueron fuertes durante tres ámbitos. El número estimado de llamadas telefónicas tuvo una relación inversa con la planificación socio-ambiental (estandarizado $\beta = -.254, p = 0,005, r$ parcial = $-.229$), lo que significa que los encuestados con contacto telefónico frecuente pensaron menos acerca de sus planes para su vida futura.

El contacto telefónico tuvo relaciones positivas con los otros dos ámbitos de planificación: planificación de bienestar-capacidad funcional (estandarizada $\beta = 0,170, p = 0,049, r$ parcial = $0,164$) y la aceptación (estandarizada $\beta = 0,235, p = 0,006, r$ parcial = $0,227$). Esto sugiere que la frecuencia de las llamadas telefónicas está relacionada con una planificación más intensiva para mantener la salud y una mayor disposición a aceptar la ayuda de familiares o amigos en un momento en que la atención será necesaria.

Al describir el número de visitas de la familia durante los últimos 30 días, los resultados eran comparables. Una vez más, la relación con la planificación socio-ambiental fue inversa y con la planificación de bienestar-capacidad funcional y la aceptación, fue positiva. Aquí, sin embargo, un ámbito de planificación en tercer lugar, la planificación financiera, también mostró una relación positivamente significativa (estandarizada $\beta = 0,199, p = 0,017, r$ parcial = $0,201$), lo que significa que las personas que visitaron miembros de la familia a menudo eran más propensos a participar en los mercados financieros de planificación.

En resumen, el género de los participantes no contribuye a la variación en LTCP. Entre la demografía, la educación tenía influencia en el pensamiento sobre la organización de la vida futura. Los factores más influyentes fueron la etnicidad y raza: los no-blancos estaban más preocupados por su organización de la vida futura que los blancos y los hispanos expresaron una mayor disposición a aceptar la ayuda una vez que se necesita, que los no hispanos.

Tal vez lo más importante, la disponibilidad de una familia, parecía ser de importancia en la determinación de verosimilitud para planificar el futuro. Los encuestados que tenían contacto con la familia planificaban con más frecuencia en el ámbito de bienestar financiero y estaban más dispuestos a pedir ayuda que aquellos cuyas familias estaban menos disponibles o ausentes. Al mismo tiempo, las personas sin vínculos familiares cercanos fueron más propensas a explorar arreglos de vivienda adecuada para su futuro.

Los encuestados con niveles educativos más bajos tienden a pensar más acerca de su futuro régimen de vida que las personas con más años de educación

Discusión

El modelo preliminar (Figura 1) fue apoyado por la investigación, con la modificación a la comprensión del control y los estilos de respuesta de aceptación. Además, se confirmó el impacto de algunas variables que influyen, como lo sugiere la literatura, incluyendo la etnia, raza, nivel educativo y apoyo familiar. Los resultados sugieren la necesidad de hacer ciertos cambios en el modelo propuesto originalmente, como se muestra en la Figura 3.

Por ejemplo, según Friedemann (1995), el control y la conexión (aceptación) son independientes de las construcciones, pero puede ocurrir, al mismo tiempo, que los ciudadanos enfrentan situaciones difíciles en sus vidas. Así, el proceso de equilibrar el uno contra el otro no puede dar lugar a un único foco a expensas del otro.

Friedemann describe el control como una modificación de una amenaza real o percibida por el bien de

la protección. Los comportamientos descritos como LTCP, entonces, parecen perfectamente congruentes con el constructo de control. La aceptación, sin embargo, no significa ausencia de planificación o espera de ver qué va a pasar. Al igual que el control, Friedemann describe la aceptación como un proceso activo de integrar el cambio y convertirse en una persona diferente, congruente con la transformación de la situación. En términos de aprender a aceptar el proceso de envejecimiento y llegar a un acuerdo con los cambios en las habilidades y la independencia, una persona desarrolla una nueva comprensión de sí mismo y la realidad. Es entendible, por tanto, que la respuesta de aceptación no funciona como la respuesta de control y que abarca todos los ámbitos de LTCP.

Se ha aprendido que las actitudes y las variables que influyen como el origen étnico, la raza y el apoyo familiar han tenido algún impacto en la planificación. Por ejemplo, las conexiones familiares fuertes pueden dar lugar a una percepción más positiva de la disponibilidad de recursos y la aceptación de ayuda. La educación, un indicador de la SES, y no ser blanco, fueron relacionados con la planificación para la organización de la vida futura. Esto puede explicarse, si bien es cierto que los no-blancos y los encuestados menos educados, en general, tienen niveles más bajos de ingresos (no medidos en este estudio) y, por tanto, diferentes y tal vez menos opciones para el cuidado a largo plazo. La disponibilidad de la familia parecía correlacionarse con la planificación anticipada, mientras que los encuestados que reportaron un mínimo o ningún contacto con su familia fueron menos propensos a participar en las acciones asociadas a la planificación anticipada y mantener la salud.

En el modelo revisado (Figura 3), la planificación de la respuesta se define como la aplicación del estilo de planificación del control en tres áreas (financiera, de bienestar, socio-ambiental), más la aceptación del estilo de planificación (que refleja la voluntad de aceptar la ayuda) que se aplica en todas las áreas de planificación. El resultado es un modelo compuesto por cinco factores de pensar y planificar el futuro (social y planificación del medio ambiente), el cuidado de la salud (salud y planificación de la capacidad funcional), ahorrar e invertir su dinero (planificación financiera), la disposición a aceptar la ayuda si es necesario (aceptación) y la evitación de ayuda (no aceptación).

Con base en los resultados, para futuras investigacio-

nes con este modelo, se añade una disponibilidad de recursos del constructo. Este constructo (Figura 3) está comprometido con las creencias de los individuos respecto a la disponibilidad de todos los tipos de recursos como la familia o la comunidad informal, la salud y recursos financieros, independientemente de la veracidad de tales creencias.

Una relación entre la percepción de la disponibilidad de recursos y el comportamiento LTCP fue sugerido por Sorensen y Pinquart (2000b). Su investigación cualitativa de estilos de preparación para el cuidado de las necesidades futuras de las mujeres de edad en el este de Alemania, Canadá y Estados Unidos mostró que la disponibilidad percibida de los recursos con los cuales planificar afectó la manera como las personas planeaban. Por ejemplo, encontraron que la planificación en la submuestra del Este de Alemania fue impedida por los resultados del cambio social reciente en los recursos financieros de los encuestados. Sorensen y Pinquart concluyeron que como consecuencia de la inestabilidad social y financiera, las mujeres en el estudio no veían ninguna razón para planificar.

Este estudio también encontró que la falta de recursos sociales como resultado del alto estrés ocupacional con los niños o los conflictos y las relaciones ambivalentes con los miembros de la familia, inhibe la planificación de las necesidades de atención en el futuro. Se tiene la intención de explorar la complejidad de la percepción de disponibilidad de recursos y su relación con la actitud de planificación de nuevas medidas en futuras investigaciones.

Este estudio mostró que LTCP parece ser un tema urgente en la sociedad que envejece. Más de tres cuartas partes de los encuestados pensaban en

LTCP como útil y necesario, pero casi un tercio de los encuestados no tenían ningún plan en absoluto y casi la mitad (43,8%) informó que nunca había hablado con nadie sus pensamientos, lo que indica la necesidad de sensibilizar y educar a personas de edad acerca de sus opciones. Aunque los hallazgos sugieren la necesidad de modificar nuestro modelo y participar en investigaciones adicionales, algunas cuestiones se hicieron evidentes, en particular las relativas a actividades educativas de LTCP.

Los resultados del estudio sugieren que es imprescindible para los profesionales de enfermería interesados acerca del estado de la salud a largo plazo de sus pacientes, animar a la gente en la edad adulta para iniciar el proceso de planificación. Los planteamientos educativos necesitan: 1) desencadenar la motivación a planificar el futuro; 2) ampliar el enfoque exclusivamente financiero e incluir el ámbito socio-ambiental y promoción de la salud apropiadamente reflejado en la raza, grupo étnico, nivel de vida y educación de la persona; y 3) incorporar miembros de la familia en la educación, especialmente cuando se trata de no-blancos o hispanos. Se exhorta a las enfermeras investigadoras para hacer uso de este modelo conceptual y explorar con mayor profundidad el tema importante y complejo del comportamiento y cambio de actitud en aras de una planificación realista de la vejez.

las actitudes y las variables que influyen como el origen étnico, la raza y el apoyo familiar han tenido algún impacto en la planificación

Referencias

- AARP (1998). Deversifying long-term care: Meeting the needs of minority older populations. *Perspectives in Health and Aging*, 13(2), 1-6.
- Arbuckle, J. L., & Wolthke, W. (1999). AMOS 4.0. Chicago, IL: Small Waters Corporation.
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. In H. D. Triandis & J. W. Berry (eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Vol. 2. Methodology* (pp. 389-444). Boston: Allyn & Bacon.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS*. Mahwah, NJ: LEA Publishers.
- Carrese, J. A., Mullaney, J. L., Faden, R. R., & Finucane, T.E. (2002). Planning for death but not serious future illness: Qualitative study of homebound elderly patients. *British Medical Journal*, 325, Special Section: Papers.
- Connelly, M., & Dutton, S. (2002 September/October). Bearing the Brunt: New Yorkers react to 9/11. *Public Perspective*, 25-28.
- Finlayson, M. (2002). Changes predicting long-term care use among the oldest-old. *The Gerontologist*, 42, 443-453.
- Frank, H. A., Condon, K. M., Dunlop, B. D., & Rothman, M. B. (2000). The retirement planning gap: A view from the public sector. *International Journal of Organizational Theory and Behavior*, 3, 235-274.
- Friedemann, M. L. (1991). An instrument to evaluate effectiveness of family functioning. *Western Journal of Nursing Research*, 13, 220-236.
- Friedemann, M. L. (1995). *The Framework of Systemic Organization: A conceptual approach to families and nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Friedemann, M. L., Montgomery, R. J., Maiberger, B., & Smith, A. A. (1997). Family involvement in the nursing home: Family-oriented practices and staff-family relationships. *Research in Nursing and Health*, 20, 527-537.
- Friedemann, M. L., Newman, F. L., Seff, L. R., & Dunlop, B.D. (2004). Planning for long-term care: Concept, definition, and measurement. *The Gerontologist*, 44, 520-530.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1998). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Kulys, R., & Tobin, S. S. (1980). Interpreting the Lack of future concerns among the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 11(2): 111- 126.
- Maloney, S. K., Finn, J., Bloom, D. L., & Andersen, J. (1996). Personal decision making styles and long-term care choices. *Health Care Financing Review*, 18, 141-155.
- Mathew Greenwald & Associates, Inc. (2000). *Voices of Women: Perceptions and planning for long-term care*. Washington D.C.: U.S. Administration on Aging, National Association of Area Agencies on Aging, and National Association of State Units on Aging.
- McGrew, K. B. (2000). *Impossible selves? Challenges and strategies for encouraging individual long-term care planning*. Oxford, OH: Miami University, Scripps Gerontology Center.
- Mitchell, J., Mathews, H. F., & Hack, K.A. (2000). Difference by race in long-term care plans. *Journal of Applied Gerontology*, 19, 424-440.
- Mui, A. C., Choi, N. G., & Mond, A. (1998). *Long-term care and ethnicity*. Westport, CT: Auburn House.

- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2002). Psychological outcomes of preparation for future care needs. *The Journal of Applied Gerontology*, 21, 452-470.
- Roberto, K. A., Weeks, L. E., & Matheis-Kraft, C. (2001). Health care decisions of older adults: Underlying influences, cognitive status, and perceived outcomes. *The Journal of Applied Gerontology*, 20, 74-90.
- Sorensen, S., & Pinquart, M. (2001). Developing a measure of older adults' preparation for future care needs. *International Journal of Aging and Human Development*, 53(2):137-165.
- Sorensen, S., & Pinquart, M. (2000a). Vulnerability and access to resources as predictors of preparation for future care needs in the elderly. *Journal of Aging and Health*, 12, 275-300.
- Sorensen, S., & Pinquart, M. (2000b). Preparation for future care needs: Styles of preparation used by older Eastern German, United States, and Canadian women. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 15(2), 349-381.
- Sorensen, S., & Zarit, S. H. (1996). Preparation for caregiving: A study of multigeneration families. *International Journal of Aging and Human Development*, 42(1), 43-63.
- The American Association for Public Opinion Research (2000). *Standard definitions: Final dispositions of case codes and outcome rates for surveys*. Lenexa, KS: AAPOR.