

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A CUIDADORES DE USUARIOS DEL SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR (2023)**

**Buenos días/tardes, llamo en nombre del Ayuntamiento de Madrid. Estamos realizando un estudio de satisfacción entre los usuarios del servicio de RESPIRO FAMILIAR**

**F.1 ¿Es Vd. el cuidador principal de (Introducir nombre que figura en BBDD) titular del servicio de Respirio Familiar?**

- |  |  |
|--|--|
| Sí, soy el cuidador principal                                    | 1 <input type="checkbox"/> Comenzar introducción |
| No, no soy el cuidador principal                                 | 2 <input type="checkbox"/> Pasar a F.2           |
| No, soy el usuario   | 3 <input type="checkbox"/> Pasar a F.3           |
| No, aquí no hay nadie que acuda al servicio de respirio familiar | <b>4 <input type="checkbox"/> Finalizar</b>      |
| No tengo cuidador  | 5 <input type="checkbox"/> ir a F4               |

**F2 Por favor, ¿podría pasarme con el cuidador principal de (Introducir nombre que figura en BBDD)?**

- |  |   |
|--|---|
| Sí (nos comunican con la persona indicada) | 1 <input type="checkbox"/> Comenzar introducción  |
| No se encuentra en el domicilio            | 2 <input type="checkbox"/> ¿Me indica la hora más apropiada para hablar con su cuidador principal? (Tomar nota) Muy amable, gracias. Le llamaremos entonces. <b><u>POSPONER LLAMADA</u></b> |

**F3. Buenos días, nos gustaría hablar con su cuidador principal sobre algunos aspectos del servicio de Respirio Familiar al que acude. Por favor, ¿podría pasarme con el cuidador principal de (Introducir nombre que figura en BBDD)?**

- |  |   |
|--|---|
| Sí (nos comunican con la persona indicada) | 1 <input type="checkbox"/> Comenzar introducción  |
| No se encuentra en el domicilio            | 2 <input type="checkbox"/> ¿Me indica la hora más apropiada para hablar con su cuidador principal? (Tomar nota) Muy amable, gracias. Le llamaremos entonces. <b><u>POSPONER LLAMADA</u></b> |

**Solo si no tiene cuidador F1=5**

**F4. ¿Acude al centro de día, de manera habitual además de a Respirio Familiar?**

- Sí 1
- No 2

**F5. En general, y teniendo en cuenta toda su experiencia, valore cómo se encuentra de satisfecho de forma global con el servicio de Respirio Familiar siendo 0 muy insatisfecho y 10 muy satisfecho.**

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Valoración global del servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**FINALIZAR ENTREVISTA PARA F1=5**

**Introducción**

**INTRO: ¿Sería tan amable de colaborar contestando unas breves preguntas sobre el Servicio de Respirio Familiar al que acude la persona a la que cuida?**

Sí.....1  **Gracias, muy amable, comenzamos. (Pasar a P.1)**

No.....2  *rebatir objeciones y aclaraciones*

**Objeciones y Aclaraciones:**

**No tengo tiempo/Estoy ocupado:**

- Sr. X le entiendo perfectamente, no obstante, se trata de un breve cuestionario.
- ¿Me indica la hora más apropiada para hablar con usted? (Tomar nota) Muy amable, gracias. Le llamaremos entonces.

**¿Me comprometo a algo?:**

- No, por supuesto, se trata de un cuestionario breve y confidencial. Sus respuestas serán tratadas de forma global y con fines a mejorar el servicio prestado por el Ayuntamiento de Madrid.

Persiste en no colaborar.....3  Cierre del registro: despedir y agradecer.

**P.1 ¿Podría decirme si reside con (Introducir nombre que figura en BBDD)?**

Sí 1  
No 2

**P.2 ¿Y su parentesco con (Introducir nombre que figura en BBDD) es...?**

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Es un cuidador profesional	1 <input type="checkbox"/> FINALIZAR
Amigo	2
Cónyuge	3
Hijo/a	4
Hermano/a	5
Nieto/a	6
Sobrino/a	7
Nuera/yerno	8
Otros (especificar)	9
No contesta	99

**P.3.- A continuación, le voy a nombrar una serie de prestaciones para personas mayores del Ayuntamiento de Madrid. Por favor, dígame cuáles de ellas utiliza la persona mayor en la actualidad a parte de RESPIRO FAMILIAR. (RESPUESTA MÚLTIPLE)**

	SI	NO
Plaza en Centro de Día entre semana	1	2
Teleasistencia	1	2
Servicio de Ayuda a Domicilio	1	2
Comida a Domicilio	1	2

**Y usted, como cuidador:**

Participa, o ha participado recientemente, en el Programa Cuidar a Quienes Cuidan	1	2
---	---	---

**CENTRÁNDONOS EN EL SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR...****BLOQUE 1: Ingreso en el programa**

**P.4.- De manera habitual, ¿con qué frecuencia hace uso el titular del servicio de Respirio Familiar? LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA**

Acude todos los fines de semana	1
Acude varios fines de semana al mes	2
Acude un fin de semana al mes u ocasionalmente	3
NS/NC	4

**P.5.- Habitualmente, ¿qué día acude al centro? LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA**

Sábados	1
Domingos	2
Ambos días	3
NS/NC	4

**P.6.- ¿Puede decirme el o los motivos por los que acude el titular al servicio de Respiro Familiar? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE**

--

**P.7.- ¿Puede decirme si el titular precisa apoyo para realizar alguna de las siguientes tareas?**

	SI	NO
Para asearse	1	2
Para levantarse o acostarse de la cama	1	2
Para ir al cuarto de baño	1	2
Para comer	1	2
¿Tiene algún tipo de demencia?	1	2

**P.8.- ¿Cuenta el titular con el apoyo de otras personas, además de usted?**

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

## BLOQUE 2: Cumplimiento de objetivos y notoriedad

**P.9.- En qué medida cree usted que el servicio de Respiro Familiar cumple los siguientes objetivos. Por favor, utilice una escala de valoración de 0 a 10, donde "0" significa que lo *Incumple totalmente* y "10" que lo *Cumple totalmente***

	Incumple totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cumple totalmente	Ns/Nc
9.1. Facilitar apoyo a las familias que atienden a personas dependientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.2. Proporcionar atención a personas mayores dependientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**P.10.- ¿Quién cree usted que es el responsable de este servicio?**

RESPUESTA ESPONTÁNEA. RESPUESTA ÚNICA

Ayuntamiento de Madrid	1
Comunidad de Madrid	2
La entidad que lo presta (Asispa, Domusvi, Eulen, Arquisocial)	3
Ns/Nc	9

**BLOQUE 3: Indicadores de impacto de calidad de vida del usuario y su familia**

**P. 11 - A continuación, le voy a leer una serie de frases sobre la percepción que tiene usted, respecto a la influencia que ha tenido en la vida de su familiar acudir a un centro de día los fines de semana. Por favor, indíqueme su grado de acuerdo/desacuerdo con cada una de ellas. Para valorar, utilice una escala de 0 a 10 donde 0 es “Totalmente en desacuerdo” y 10 “Totalmente de acuerdo”.**

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

Desde que acude a un centro de día los fines de semana **el usuario...**

	Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente de acuerdo	Ns/Nc
Ha mejorado en su autonomía e independencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Ha mejorado el estado de ánimo del usuario	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
El usuario se siente más tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Le ha servido para relacionarse con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Su estado de salud, en general, ha mejorado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Obtiene a través de este servicio el apoyo que necesita	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Cree que tienen en cuenta sus preferencias / necesidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
GLOBALMENTE ESTE SERVICIO HA MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**P.12 A continuación le voy a leer una serie de frases sobre la influencia que ha tenido en su vida, como cuidador, que la persona a la que cuida acuda a un centro de día los fines de semana. Por favor, indíqueme su grado de acuerdo/desacuerdo con cada una de ellas. Para valorar, utilice una escala de 0 a 10 donde 0 es “Totalmente en desacuerdo” y 10 “Totalmente de acuerdo”.**

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

Desde que acude **su familiar** a un centro de día los fines de semana **usted...**

	Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente de acuerdo	Ns/Nc
Dedica más tiempo para usted mismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Ha mejorado su estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Obtengo a través de este servicio el apoyo que necesito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Se tienen en cuenta sus preferencias/necesidades												
Se siente usted más tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Le ha servido para relacionarse con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Ha supuesto un beneficio para el resto de la familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
GLOBALMENTE, ESTE SERVICIO HA MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**BLOQUE 4: Estructura organizativa del centro**

**P.13** Por favor, indique su grado de satisfacción con los siguientes aspectos referentes a la estructura organizativa del Centro de Día donde realiza el Respiro Familiar, siendo "0" Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
1. Orden y limpieza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2. Equipamiento y confortabilidad de las instalaciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
3. Organización y funcionamiento del centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
4. Horario del centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
5. Medidas de seguridad para el acceso y salida del centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**ASISTENCIA**

**P.14.-** En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general, los servicios asistenciales ofrecidos en Respiro Familiar** ((cuidado persona, sanitario, asistencia para la toma de alimentos...))

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc	No recibe/ no necesita
Valoración global del servicio de atención a la persona	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	98

**P15. ¿Es usted conocedor de la existencia de un profesional de referencia para su familiar en el servicio de Respiro Familiar?**

	SI	NO
Existencia profesional de referencia	1	2

**(SOLO SI CÓD 1 EN P.15)**

**P.15B** Por favor, valore su grado de satisfacción con su profesional de referencia, utilizando una escala donde "0" significa Muy Insatisfecho y "10" Muy Satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Profesional de referencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

**P16.-** Por favor, valore su grado de satisfacción con los siguientes ítems relacionados con la **Atención Centrada en la Persona** que se lleva a cabo en el Centro, utilizando una escala donde "0" significa Muy Insatisfecho y "10" Muy Satisfecho

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/ Nc
Potencian las habilidades y conocimientos de su familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Los profesionales del centro se interesan e interactúan con el	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Siente que su familiar está en un ambiente / entorno hogareño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Los profesionales aconsejan y apoyan a realizar actividades / talleres... a su familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Los profesionales conocen aspectos de la vida de su familiar a tener en cuenta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Los profesionales atienden las necesidades según los valores y preferencias de su familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Usted como conocedor de las preferencias de su familiar se siente escuchado por parte de los profesionales / organización	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Considera el centro como una segunda familia / un sitio cercano para su familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Y a nivel global, cómo valora la Atención Centrada en la Persona que se lleva a cabo en el centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**Nota para el entrevistador:** Atención basada en los siguientes principios: respeto a la dignidad, autonomía e independencia de la persona, atención que promueve la realización de actividades significativas y con sentido para la persona.

**P17. Siguiendo con la Atención Centrada en la Persona que se lleva a cabo en el Centro de Día, ¿Siente que puede contar algo privado al personal del centro con la confianza de que no va a salir de él?**

Sí	1
No	2

**P18. ¿Siente que el personal del centro se preocupa por aspectos privados de su familiar?**

Sí	1
No	2

**PROFESIONALES**

**P.19.-** En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general, los siguientes aspectos relacionados con los profesionales del Centro de Respiro Familiar.**

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
El trato y amabilidad de los profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Valoración global de los profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**ACTIVIDADES**

**P.20.-** En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general, las actividades realizadas en el centro.**

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc	No recibe/ no necesita
Valoración global del servicio de las actividades realizadas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	98

**P.21.-** ¿Qué actividades, que no se realizan en el centro, le gustaría que se planificaran y realizaran?

Ns/Nc.....99

**TRANSPORTE**

**P.22.-** ¿Hace el titular uso del servicio de transporte de Respiro Familiar?

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.22

**P.22B.-** En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general, los siguientes aspectos del servicio de transporte.**

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc	No recibe/ no necesita
Puntualidad (de recogida y regreso)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
Valoración global del servicio de transporte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	

**SERVICIO DE COMIDAS**

**P.23.-** En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general el servicio de comida del Centro de Respiro Familiar.**

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc	No recibe/ no necesita
Valoración global del servicio de comida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	98

**CALIDAD PRECIO**

**P.24- ¿Conoce usted el coste del servicio de Respiro Familiar?**

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.24

**P.24B.-** Por favor valore la relación calidad-precio del servicio recibido, en una escala donde “0” significa Muy insatisfecho y “10” Muy satisfecho:

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Relación calidad-precio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**EXPERIENCIA**

**P.25- Respecto a lo que usted esperaba** del servicio de Respiro Familiar, valore con una escala de 0 a 10 siendo 0 mucho peor de lo que esperaba y 10 mucho mejor de lo que esperaba.

**P.25B.-** En general, y teniendo en cuenta toda su experiencia, valore cómo se encuentra de satisfecho de forma global con el servicio de Respiro Familiar siendo 0 muy insatisfecho y 10 muy satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Cobertura de expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Valoración general del servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**P.26.- ¿Cree usted que acudir al servicio de Respiro Familiar ha permitido al titular del servicio seguir viviendo en su domicilio en mejores condiciones?**

Sí	1
No	2



**Valoración general del servicio**

**P.27.- ¿Tiene alguna sugerencia de mejora sobre el servicio de Respiro Familiar del Ayuntamiento de Madrid?**

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.27

**P.27B.a ¿Cuál?** RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado.

---



---



---

**P.28.- ¿Seguirá o volverá a usar el servicio en caso de necesitarlo?** ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

**P.29.- ¿Recomendaría usted este servicio?** ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

**Datos de clasificación**

Cuidador
<p><b>C.1. ¿Puede decirme si usted vive solo?</b>            Sí ..... 1 Seguir en C3            No ..... 2 Seguir en C2            Ns/Nc ..... 9 Seguir en C3</p> <p><b>C.2.- ¿La persona con la que convive se encuentra mejor, igual o peor de salud que usted?</b>            Mejor ..... 1            Igual ..... 2            Peor ..... 3            Ns/Nc ..... 9</p> <p><u>A TODOS/AS</u></p> <p><b>C.3. - ¿Podría decirme si se siente solo/a, a menudo?</b>            Sí ..... 1            No ..... 2            Ns/Nc ..... 9</p> <p><b>C.4.- ¿Tiene a quien acudir si necesita ayuda</b>            Sí ..... 1            No ..... 2            Ns/Nc ..... 9</p> <p><b>C.5.- Debido a su situación ¿con qué frecuencia sale usted de su domicilio?</b>            No sale ..... 1</p>

Sale, pero menos de 1 vez a la semana....	2
Sale con más frecuencia .....	3
Ns/Nc .....	9

**A TODOS**

Para efectos de Control de Calidad de la ejecución de esta encuesta, ¿puede facilitarme su nombre y número de teléfono?

Nombre	
Edad	
Sexo	

***MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. LE RECUERDO QUE SI QUIERE HACER ALGUNA SUGERENCIA O RECLAMACIÓN RESPECTO AL SERVICIO QUE UTILIZAN PUEDE HACERLO LLAMANDO AL TELÉFONO 010. LE RECORDAMOS TAMBIÉN QUE EXISTEN PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA PERSONAS CUIDADORAS, COMO ES EL CASO DEL PROGRAMA "CUIDAR A QUIENES CUIDAN". EN LA WEB MUNICIPAL Y EN TELÉFONO 010 OBTENDRÁ MAS INFORMACIÓN***