

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DEL SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR

Buenas días/tardes. Preguntaba por..... *(Incluir contacto facilitado en la base de datos)*.

Encantada de saludarle. Soy....., llamo en nombre del Ayuntamiento de Madrid.

Estamos realizando un estudio de la satisfacción entre los usuarios del SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR, ¿sería tan amable de colaborar contestando a unas breves preguntas? Serán sólo unos minutos.

Sí.....1 → *(continuar con la entrevista)*. Gracias, muy amable, comenzamos.

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 colaborar3 → *Cierre del registro: despedir y agradecer.*

A TODOS

Le informamos que, en aplicación de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y anónima y siempre de manera global, nunca de forma individualizada.

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR:

- En el caso de **usuarios con deterioro cognitivo** la encuesta va **dirigida a convivientes y/o cuidadores principales.**
- En el caso de **usuarios con deterioro físico**, es prioritario que respondan a la encuesta **los propios usuarios**, aunque también podría responder el conviviente o cuidador principal en el caso de que el usuario no esté capacitado para mantener la conversación.
- El servicio de Respiración Familiar se presta los fines de semana en algunos Centros de Día Municipales. Muchos de los usuarios de Respiración lo son también de Centro de Día entre semana, aunque no siempre coincide que su Centro de Día dispone del servicio de Respiración (en muchos casos los usuarios acuden los fines de semana a centros distintos de los que acuden entre semana). Es importante que los usuarios tengan claro que el servicio que van a evaluar es el de Respiración y no el ordinario de lunes a viernes.

P.0.- Tipología de usuario

(NOTA AL ENTREVISTADOR: no preguntar; tomar información de la BBDD)

CDEA	1
CDF	2

P.1.- ¿Es usted la persona usuaria del servicio de Respiro Familiar del Ayuntamiento de Madrid?

- Sí 1
 No 2
 No, aquí no hay nadie que acuda al servicio de respiro familiar **3 → FINALIZAR**

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.O y CÓDIGO 1 EN P.1

P.1a.- Por favor, ¿puede pasarme con la persona que le cuida o con la que convive?

- Sí 1 → 2ª INTRODUCCIÓN
 No se encuentra en el domicilio 2 → ¿Me indica la hora más apropiada para hablar con su cuidador principal? (Tomar nota) Muy amable, gracias. Le llamaremos entonces. **→ FINALIZAR**

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.1a

2ª INTRODUCCIÓN:

Encantada de saludarle. Soy....., llamo en nombre del Ayuntamiento de Madrid.

Estamos realizando un estudio de la satisfacción entre los usuarios del servicio de Respiro Familiar, ¿sería tan amable de colaborar contestando a unas breves preguntas? Serán sólo unos minutos.

Sí.....1 → (continuar con la entrevista). **Gracias, muy amable, comenzamos.**

No2 → *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 compromete 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 colaborar3 → *Cierre del registro: despedir y agradecer.*

SÓLO SI CÓDIGO 2 EN P.1

P.1b.- ¿Puede decirme si reside con (incluir contacto facilitado en la base de datos)?

Si	1
No	2

P.1c.- ¿Usted es el cuidador principal de (incluir contacto facilitado en la base de datos)?

Si	1
----	---

No	2
----	---

FINALIZAR SI CÓDIGO 2 EN P.1b + CÓDIGO 2 EN P.1c.

P.1d.- ¿Y su parentesco con (incluir contacto facilitado en la base de datos) es...?
LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Es un cuidador profesional	1 → 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

A TODOS

P.2.- ¿Desde hace cuánto tiempo hace uso del servicio de Respiro Familiar?

ENTREVISTADOR: INDICAR NÚMERO APROXIMADO DE AÑOS. SI ES MENOR DE UNO, ESPECIFICAR MESES

..... años / meses
No contesta9

BLOQUE 1: Solicitud e ingreso en el programa

P.3.- ¿Cómo conoció el servicio de Respiro Familiar?

RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE (ROTAR CÓDIGOS PRECODIFICADOS)

Centros Municipales de Servicios Sociales	1
Centro de Día	2
Servicios de Teleasistencia	3
Servicio de Ayuda a Domicilio	4
010	5
Centro de salud (a través de médicos, enfermeras)	6
Familiares, amigos, vecinos, otros cuidadores	7
Centros municipales de mayores	8
Web municipal	
Otras (especificar).....	9
Ns/Nc	99

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

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

P.4.a.- Habitualmente, ¿qué día acude al centro? LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sábados	1
Domingos	2

Ambos días	3
NS/NC	4

P.5.- Además de acudir a un centro los fines de semana, ¿acude también a ese u otro centro de día durante la semana?

Si	1
No	2
Ns/Nc	9

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.5

P.5a.- Concretamente, ¿cuántos días acude al centro de día entre semana?

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.1 (USUARIOS)

P.6.- ¿Puede decirme el o los motivos por los que acude al servicio de Respiro Familiar?

P.7.- ¿Qué le aporta el acudir a dicho servicio?

C.8.- ¿Puede decirme si 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

C.9.- ¿Cuenta con el apoyo de otras personas como, por ejemplo, familiares, vecinos o un cuidador privado? RESPUESTA MÚLTIPLE

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

SÓLO SI CÓDIGO 2 EN P.1 (CUIDADORES PRINCIPALES O CONVIVIENTES)

P.10.- ¿Puede decirme el o los motivos por los que (*incluir contacto*) acude al servicio de Respiro Familiar?

P.11.- ¿Qué aporta, tanto al propio (*incluir contacto*) como a usted o a su familia, que acuda a dicho servicio?

C.12.- ¿Su familiar (*incluir contacto*) tiene demencia o un problema físico? RESPUESTA MÚLTIPLE

Deterioro físico	1
Demencia	2
Ns/Nc	9

C.13.- ¿Puede decirme si (*incluir contacto*) 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

C.14.- ¿Cuenta con el apoyo de otras personas como, por ejemplo, otros familiares, vecinos o un cuidador privado, para atender los cuidados que precisa (*incluir contacto*)? RESPUESTA MÚLTIPLE

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

A TODOS

BLOQUE 2: Cumplimiento de objetivos y notoriedad

P.15- 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
15.1. Proporcionar atención a personas mayores dependientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
15.2. Facilitar apoyo a las familias que atienden a personas dependientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
15.3. Proporcionar la guarda o cuidado de la persona mayor durante el horario que acude al centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.16.- ¿Qué empresa, entidad o administración cree usted que es la titular de este servicio?

RESPUESTA ESPONTÁNEA. RESPUESTA ÚNICA

Ayuntamiento de Madrid	1
Comunidad de Madrid	2
La entidad que lo presta (Asispa, SAR-Quavita, Eulen...)	3
Otra entidad: ¿Cuál?	8
Ns/Nc	9

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

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.1 (TITULARES DEL SERVICIO)

P.17a- A continuación le voy a leer una serie de frases sobre la influencia que ha tenido en su vida cotidiana 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...

	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 su estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Se siente usted más apoyado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Se siente usted más tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Se siente usted más seguro gracias a la atención que se le presta en el centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Se encuentra usted más satisfecho con su vida desde que acude al centro	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
Ha supuesto un beneficio para su familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

SÓLO SI CÓDIGO 2 EN P.1 (CUIDADORES PRINCIPALES O CONVIVIENTES)

P.17b- A continuación le voy a leer una serie de frases sobre la influencia que ha tenido en su vida cotidiana el que (incluir contacto facilitado en la base de datos) 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.

El que su acuda (incluir contacto facilitado en la base de datos) a un centro de día los fines de semana le ha supuesto que...

	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
Se siente usted más apoyado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Se siente usted más tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Se siente usted más seguro gracias a que el Ayuntamiento supervise y atienda a (incluir contacto facilitado en la base de datos)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

Se encuentra usted más satisfecho con su vida desde que <i>(incluir contacto facilitado en la base de datos)</i> acude al centro	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 su familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

BLOQUE 4: Estructura organizativa del centro

P.18.-Por favor, indique su grado de satisfacción con los siguientes aspectos referentes a la estructura organizativa del Centro de Día, 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
6. Protección y seguridad que el centro le ofrece	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 5: Información y seguimiento de los usuarios

P.19- En general y en una escala donde "0" significa Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho, ¿qué opinión le merece la información que recibe sobre el funcionamiento, servicios y programas que se desarrollan en el centro?

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Información facilitada desde el centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.20.-Por favor, valore, en general, las actividades que se programan y realizan en el centro para los usuarios, siendo "0" Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Actividades que se realizan para los usuarios	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

SÓLO SI CÓDIGO 2 EN P.1 (CUIDADORES PRINCIPALES O CONVIVIENTES)

P.21.- ¿Cómo valora la información que los profesionales del centro le dan sobre el estado y evolución de su familiar? Utilizando una escala donde "0" significa que está muy insatisfecho y "10" que está completamente satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Información sobre el estado y evolución de su familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

BLOQUE 6: Intervención y atención a las necesidades

P.22.- Por favor, indique su grado de satisfacción con todo lo **referente a la intervención y atención de la persona en el centro**, tanto en aspectos de atención sanitaria y cuidados de la salud, como de atención social y de cuidados básicos (alimentación, higiene,...).

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/ Nc
Intervención y atención de la persona en el centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 7: Valoración de los profesionales que desarrollan la actividad

P.23.- Por favor, teniendo en cuenta aspectos como el trato personal, la competencia técnica o la capacidad de resolución de problemas, **valore su grado de satisfacción con los profesionales del servicio de Respiro Familiar**.

(NOTA PARA EL ENTREVISTADOR: En Respiro Familiar interviene un equipo multidisciplinar formado por trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales y auxiliares. Pediremos a los entrevistados que realicen una valoración conjunta del equipo de personas con las que tienen contacto habitual).

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

BLOQUE 8: Otros servicios: comedor y transporte

P.24.- Por favor, indique su grado de satisfacción con el **servicio de comedor en general, incluyendo la comida, que se ofrece en el centro**, siendo "0" Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/ Nc
Servicio de comedor que se ofrece en el centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.25.- ¿Hace uso del servicio de transporte de Respiro Familiar?

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.17

P.25.a.- En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general, el servicio de transporte**.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/ Nc

El servicio de transporte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

P.26.- ¿Le avisan antes de que la ruta pase por su domicilio para recogerle?

- Sí.....1
 No.....2
 NS/NC.....9

P.26.a.- ¿Cómo valora el que se avise antes de que la ruta pase por su domicilio para recogerle?
 Utilizando una escala donde "0" significa que está muy insatisfecho y "10" que está completamente satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Aviso previo de la llegada de la ruta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

BLOQUE 9: Relación calidad-precio

P.27.- ¿Conoce el coste del servicio de Respiro Familiar?

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.24

P.27.a.- 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

A TODOS

BLOQUE 10: Experiencia de los entrevistados

P.28.- En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, valore su satisfacción respecto a la cobertura de expectativas que motivaron la solicitud de plaza en un centro de día los fines de semana.

P.29.- Utilizando la misma escala, por favor, valore cómo se encuentra de satisfecho con la mejora en su calidad de vida desde que acude al centro los fines de semana.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
P.28 Cobertura de expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
P.29 Mejora en la calidad de vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.30.- ¿Cree usted que acudir al centro de día los fines de semana le ha permitido seguir viviendo en su domicilio en mejores condiciones?

Sí	1
No	2

P.31.- En su caso, ¿acudir al centro de día los fines de semana ha evitado su ingreso en una residencia?

Sí	1
No	2

BLOQUE 11: Valoración general del servicio

P.32.- ¿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.30

P.32a ¿Cuál? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado.

A TODOS

P.33.- ¿Ha interpuesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del servicio?

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.31

P.33.- Por favor, indíqueme el contenido de dichas quejas. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado y codificar en la tabla siguiente.

Servicio de transporte	1
Servicio de comedor	2
Infraestructura y equipamiento	3
Organización del centro	4
Actividades e intervención con el usuario	5
Vigilancia de su higiene y salud	6
Otras: ¿Cuáles?	8

P.33a.- ¿Interpuso esa queja de manera verbal o escrita?

Verbal	1
Escrita	2
Ns/Nc	9

P.33b.- ¿En qué lugar la interpuso? LEER RESPUESTAS. RESPUESTA MÚLTIPLE.

En el centro de día	1
En alguna oficina del Ayuntamiento de Madrid	2

En el 010	3
Web madrid.es	4
Ns/Nc	9

P.33c.- ¿Le han contestado?

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

P.33d.- ¿Puede decirme sí desde el centro le informaron de la conveniencia de tramitar su queja a través del Sistema General de Quejas y Reclamaciones del Ayuntamiento de Madrid?

Sí	1
No	2
No procede (<i>no fue necesario, la tramité yo a través del SyR antes de comunicárselo al centro</i>)	3
Ns/Nc	9

P.33e.- Por favor, valore su grado de satisfacción con el proceso de interposición de quejas, su tramitación, resolución,... 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
Satisfacción con la resolución de las quejas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

P.34.- En general y teniendo en cuenta toda su experiencia como usuario del servicio de Respirio Familiar, ¿cuál es su grado de satisfacción general?

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

P.35.- ¿Volvería a solicitar el servicio si fuese posible? ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

P.36.- ¿Recomendaría usted este servicio? ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

A TODOS

BLOQUE 12: Datos de clasificación

Por último, le voy a hacer una serie de preguntas de clasificación que están relacionadas con su calidad de vida y son relevantes para los Servicios Sociales municipales.

C.1. ¿Puede decirme su edad / la edad de (incluir contacto facilitado en la base de datos)?

ENTREVISTADOR: Especificar años cumplidos.

.....años

No contesta.....9

C.2.- ¿La persona con la que convive tiene demencia o un problema físico? RESPUESTA MÚLTIPLE

Deterioro físico	1
Demencia	2
Ns/Nc	9

C.3.- Género del titular del servicio

Hombre	1
Mujer	2

C.4.- Para efectos de Control de Calidad de la ejecución de esta encuesta, ¿puede facilitarme su nombre y número de teléfono?

Nombre	
Teléfono	

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!