

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS DEL SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR (2017)

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

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

- | | |
|---|---------------------------|
| Sí, soy el cuidador principal | 1 → Comenzar introducción |
| No, no soy el cuidador principal | 2 → Pasar a P.2 |
| No, soy el usuario | 3 → Pasar a P.3 |
| No, aquí no hay nadie que acuda al servicio de respiro familiar | 4 → FINALIZAR |

P.2 Por favor, ¿podría pasarme con el cuidador principal de (Introducir nombre que figura en BBDD)?

- | | |
|--|---|
| Sí (nos comunican con la persona indicada) | 1 → Comenzar 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. → POSPONER LLAMADA |

P.3 Buenos días, nos gustaría hablar con su cuidador principal sobre algunos aspectos del servicio de Respiro 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 → Comenzar 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. → POSPONER LLAMADA |

Introducción

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

- Sí..... 1 → **Gracias, muy amable, comenzamos. (Pasar a P.4)**
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.4 ¿Podría decirme si reside con (Introducir nombre que figura en BBDD)?

- | | |
|----|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |

P.5 ¿Y su parentesco con (*Introducir nombre que figura en BBDD*) 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

P.6.- ¿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 contesta.....9

BLOQUE 1: Solicitud e ingreso en el programa**P.7.- ¿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	9
Otras (especificar).....	10
Ns/Nc	99

P.8.- De manera habitual, ¿con qué frecuencia hace uso el titular del servicio de Respiro 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.8.a.- Habitualmente, ¿qué día acude al centro? LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sábados	1
Domingos	2
Ambos días	3
NS/NC	4

P.9.- ¿Puede decirme el o los motivos por los que acude el titular al servicio de Respiro Familiar? RESPUESTA ESPONTÁNEA (no leer opciones) Y MÚLTIPLE

Porque (el cuidador) necesita descanso	1
Motivos laborales	2
Por la atención que se presta en el centro	3
Necesidad de tiempo para uno mismo	4
Enfermedad de mi familiar	5
No dispongo de otras ayudas	6
Rutina y seguridad que le ofrece el centro	7
Otras, ¿cuáles? (especificar) _____	8
Ns/Nc	9

P.10.- ¿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

P.11.- ¿Cuenta el titular con el apoyo de otras personas como, por ejemplo, familiares, vecinos o un cuidador privado?

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

BLOQUE 2: Cumplimiento de objetivos y notoriedad

P.12.- 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
12.1. Proporcionar atención a personas mayores dependientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
12.2. Facilitar apoyo a las familias que atienden a personas dependientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
12.3. 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

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

P. 13.- A continuación le voy a leer una serie de frases sobre la percepción tiene respecto a la influencia que ha tenido en la vida cotidiana 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

P.14.- 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 el titular 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
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 el titular	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Se encuentra usted más satisfecho con su vida desde que el titular 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
Y 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.15.- 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

TRANSPORTE

P.16.- ¿Hace el titular uso del servicio de transporte de Respiro Familiar?

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.16

P.17.- 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	
Asistencia para montar y bajar del vehículo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	98
Colocación de anclajes de seguridad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
Seguridad en ruta (seguridad relacionada con la conducción)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	98
Valoración global del servicio de transporte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	

ASISTENCIA**A TODOS**

P.18.- 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

ACTIVIDADES

P.19.- 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.20.- ¿Qué actividades, que no se realizan en el centro, le gustaría que se planificaran y realizaran?

Ns/Nc.....99

PROFESIONALES

P.21.- 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

SERVICIO DE COMIDAS

P.22.- 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.23- ¿Conoce usted el coste del servicio de Respiro Familiar?

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.23

P.23.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

RECLAMACIONES**A TODOS**

P.24.- ¿Ha interpuesto usted o el titular alguna reclamación o incidencia durante el transcurso del servicio?

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.24

P.24.a.- Por favor, indíqueme el contenido de dichas reclamación. 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	5
Intervención con el usuario	6
Vigilancia de su higiene y salud	7
Otras: ¿Cuáles? _____	9

P.24.b.- ¿Le han contestado a usted o al titular sobre esa reclamación?

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

P.24.c.- 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**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.26.- 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
P.25 Cobertura de expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
P.26 Valoración general del servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.27.- ¿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

P.28.- En su caso, ¿acudir a Respiro Familiar ha evitado el ingreso del titular del servicio en una residencia?

Sí	1
No	2

BLOQUE 11: Valoración general del servicio

P.29.- ¿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.29

P.29.a ¿Cuál? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado.

P.30.- ¿Seguirá o volverá a usar el servicio en caso de necesitarlo? ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

P.31.- ¿Recomendaría usted este servicio? ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

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