

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA PREVENTIVA  
(2022)**

Buenos días/tardes, mi nombre es..... y llamo en nombre del Ayuntamiento de Madrid. Estamos realizando un estudio de satisfacción entre los usuarios del SERVICIO DE FISIOTERAPIA PREVENTIVA

**F0. Desearía hablar con..... (mencionar nombre del contacto facilitado en la base de datos) que es la persona beneficiaria del servicio para realizarle una serie de preguntas sobre el mismo, ¿es usted?**

Sí.....1 à F.5

No.....2 à F.1

No, aquí no hay nadie que se beneficie de este servicio.....**3 à FINALIZAR**

**F1. ¿Podría hablar con el beneficiario del servicio (mencionar nombre de la persona de contacto facilitada)?**

Sí.....1 → Esperar a que le pongan con el beneficiario, hacer de nuevo la presentación y continuar con F5

No.....2 → **FINALIZAR**

A TODOS

**F5. ¿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 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.

## A TODOS

## BLOQUE 1: Solicitud e ingreso en el programa

## P.1.- ¿Cómo conoció el Servicio de fisioterapia preventiva?

RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE

Centros Municipales de Servicios Sociales	1
Centro de Día	2
Servicios de Teleasistencia	3
Servicio de Ayuda a Domicilio	4
Centro de salud (a través de médicos, enfermeras)	6
Familiares, amigos, vecinos	7
Centros municipales de mayores	8
Web municipal	9
Otras (especificar).....	10
Ns/Nc	99

## P.2.- ¿Cuándo comenzó a utilizar el servicio?

- En el año 2022 1
- Antes del año 2022 2

**P.3.- (P2=1) ¿Cómo se encuentra de satisfecho con la rapidez del proceso desde que solicitó el Servicio de Fisioterapia Preventiva hasta que le notificaron su concesión?** Por favor, utilice una escala de valoración de 0 a 10, donde "0" significa *Muy Insatisfecho* y "10" *Muy Satisfecho*

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

## BLOQUE 2: Notoriedad y cumplimiento de objetivos

## P.4.- ¿Qué empresa, entidad o administración cree usted que es el titular del servicio de Fisioterapia Preventiva?

RESPUESTA ESPONTÁNEA. RESPUESTA ÚNICA

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

**P.5.- ¿Cuáles fueron los motivos que le llevaron a solicitar el servicio de Fisioterapia Preventiva?** LEER RESPUESTAS. RESPUESTA MÚLTIPLE. ROTAR CÓDIGOS PREFIJADOS.

Recibir atención rehabilitadora como consecuencia de un problema físico	1
Prevenir la aparición de enfermedades o limitaciones físicas	2
Mejorar las capacidades físicas y autonomía disminuida con el paso del tiempo	3
Mejorar las capacidades físicas y autonomía disminuida por enfermedad	4
Hacer ejercicio físico	5
Relacionarse con otras personas	6
Otros, especificar: .....	8

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

**P.6.- (p5=1-4) ¿Qué enfermedad, o secuelas de la misma, fue la causa que motivó que solicitara el servicio de fisioterapia preventiva? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE.**

Artrosis, artritis, osteoporosis, u otros problemas musculoesqueléticos	1
Patología de columna	2
Fracturas	3
Prótesis	4
Parkinson	5
Ictus o enfermedad cerebrovascular	6
Patología cardiovascular (infarto, insuficiencia cardiaca, ...)	7
Otros, especificar: .....	8

**P.7.- Y tras recibir el servicio, ¿en qué medida usted ha visto cumplidos 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*.  
LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

	Incumple totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cumple totalmente	No procede	Ns/Nc
7.1. Ha mejorado la situación de la enfermedad o proceso por el que solicito el servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98	99
7.2. Ha mejorado el dolor (si lo tuviera)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98	99
7.3. Ha disminuido la toma de medicación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98	99

**P.8.- Le voy a nombrar una serie de actividades para que, por favor, me responda si las realiza con autonomía, si precisa ayuda para realizarlas o si no puede realizarlas ni solo ni con ayuda.**

	Soy autónomo para realizar esa actividad	Preciso ayuda para realizar esa actividad	No realizo esa actividad ni sólo ni con ayuda	Ns/Nc
8.1.- Aseo personal y vestido	1	2	3	9
8.2.- Caminar	1	2	3	9
8.3.- Subir y bajar escaleras	1	2	3	9
8.4.- Salir a la calle	1	2	3	9
8.5.- Hacer la compra	1	2	3	9
8.6.- Cogir transporte público	1	2	3	9

**P.9.- De las siguientes actividades que le voy a leer, ¿en qué medida usted ha visto cumplidos 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*.

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

Ha mejorado en las siguientes actividades:	Incumple totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cumple totalmente	Ns/Nc
9.1. Aseo personal y vestido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.2. Caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.3. Equilibrio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.4. Subir y bajar escaleras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.5. Salir a la calle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.6. Hacer la compra	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.7. Cogir transporte público	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.8. Ha mejorado su CAPACIDAD FÍSICA GENERAL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**P.10.- A continuación, le voy a leer una serie de frases sobre la influencia que ha tenido en su vida cotidiana recibir el servicio de Fisioterapia Preventiva. 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".**

Desde que recibe el servicio de Fisioterapia Preventiva...		Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente de acuerdo	Ns/ Nc
10.1	Ha mejorado en su autonomía e independencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.2	Ha mejorado su estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.3	Se siente usted más seguro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.4	Le ha servido para relacionarse con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.5	Su estado de salud, en general, ha mejorado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.6	Ha supuesto un beneficio para su familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.7	Obtengo a través de este servicio el apoyo que necesito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.8	Siento que tienen en cuenta mis preferencias / necesidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.9	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 de la prestación

**P.11.- Por favor, indique su grado de satisfacción con los siguientes aspectos referentes a la estructura organizativa del servicio de Fisioterapia Preventiva. Para ello, utilice 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
11.1	El tipo de actividades que se realizan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
11.2	Horario en que tiene lugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
11.3	Frecuencia de las sesiones (nº de veces por semana)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
11.4	Duración (tiempo que duran las sesiones)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
11.5	Número de usuarios que forman los grupos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
11.6	La organización y funcionamiento en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**P.12.- A continuación, le voy a indicar una serie de aspectos relacionados con el equipamiento y las instalaciones donde recibe el servicio de Fisioterapia. Por favor, valore cada uno de ellos utilizando una escala donde "0" significa Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho.**

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

		Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/ Nc
12.1	Accesibilidad al centro desde el exterior	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
12.2	Accesibilidad dentro del centro a la sala donde se realiza la actividad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
12.3	Señalización dentro del centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
12.4	Confortabilidad de la sala de rehabilitación o gimnasio donde se realiza la actividad de fisioterapia.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
12.5	Materiales y/o equipamiento para la realización de la actividad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
12.6	Orden y limpieza de la sala donde se realiza la actividad.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
12.7	La proximidad del centro a su domicilio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**BLOQUE 5: Valoración de los profesionales que desarrollan la actividad**

**P.13. Por favor, valore su grado de satisfacción con los siguientes aspectos relativos al/los fisioterapeuta/s que le presta el servicio, 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
13.1 Trato y actitud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
13.2 Profesionalidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**BLOQUE 6: Relación calidad-precio**

**P.14.- ¿Conoce el coste del servicio?**

Sí	1.....pasar a P.15
No	2.....pasar a P.16

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.14

**P.15.- 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

**BLOQUE 7: Experiencia de los entrevistados**

A TODOS

**P.16.- Respecto a lo que usted esperaba del servicio de Fisioterapia Preventiva, valore con una escala de 0 a 10 siendo 0 mucho peor de lo que esperaba y 10 mucho mejor de lo que esperaba.**

	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

**P.17.- En general, y teniendo en cuenta toda su experiencia, valore cómo se encuentra de satisfecho de forma global con el servicio de Fisioterapia Preventiva siendo 0 muy insatisfecho y 10 muy satisfecho.**

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

**P.18.- ¿Cree usted que recibir el servicio de fisioterapia preventiva le ha permitido a seguir viviendo en su domicilio en mejores condiciones?**

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

**P.19.- ¿Volvería a solicitar el servicio si fuese posible?**

Sí	1
No	2
NS/NC (no leer)	9

**P.20.- ¿Recomendaría usted este servicio?**

Sí	1
No	2
NS/NC (no leer)	9

**BLOQUE 8: Valoración del servicio y mejoras****P.21.- ¿Tiene alguna sugerencia de mejora al servicio de Fisioterapia Preventiva?**

Sí.....1→Pasar a P.22

No.....2→Pasar a C1

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.22**P.22.- ¿Cuál?** RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado**BLOQUE 10: 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”*

**NOTA: LOS DATOS DE EDAD Y SEXO HAN DE RECOGERSE DE LA BASE DE DATOS. NO PREGUNTAR.****C.1. Edad del Usuario (grabar la incluida en la base de datos)**

.....años

No contesta.....9

**C.2. ¿Puede decirme si vive solo?**

Sí ..... 1 Seguir en C4

No..... 2 Seguir en C3

Ns/Nc..... 9 Seguir en C4

SÓLO SI CÓDIGO 2 EN C.2**C.3.- ¿La persona con la que convive se encuentra mejor, igual o peor de salud que usted?**

Mejor ..... 1

Igual ..... 2

Peor ..... 3

Ns/Nc..... 9

A TODOS/AS**C.4.- ¿Tiene usted a quien acudir si necesita ayuda?**

Sí ..... 1

No..... 2

Ns/Nc..... 9

**C.5.- ¿Podría decirme si se siente solo/a, a menudo?**

Sí ..... 1  
No ..... 2  
Ns/Nc ..... 9

**C.6.- Debido a su situación ¿no sale usted de su domicilio, sale, pero menos de una vez por semana o sale con más frecuencia?**

No sale ..... 1  
Sale pero menos de 1 vez a la semana ..... 2  
Sale con más frecuencia..... 3  
Ns/Nc..... 9

**C7. Sexo del titular del servicio (grabar la incluida en la base de datos)**

Hombre	1
Mujer	2

**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.**