

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DEL SERVICIO “FISIOTERAPIA PREVENTIVA Y DE MANTENIMIENTO PARA MAYORES”

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

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

Estamos realizando un estudio de la satisfacción entre los usuarios del SERVICIO DE FISIOTERAPIA PREVENTIVA, ¿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 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.*

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.

P.1.- ¿Actualmente es usted usuario/a del servicio de Fisioterapia Preventiva del Ayuntamiento de Madrid?

- Sí
 No
 No, aquí no hay nadie que utilice ese servicio/ no, ya no recibo el servicio

- 1 → P.2
2 → FINALIZAR
3 → FINALIZAR

BLOQUE 1: Solicitud e ingreso en el programa

P.2.- ¿A través de quién/dónde conoció el servicio de Fisioterapia Preventiva?
 RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE (ROTAR CÓDIGOS PRECODIFICADOS)

Centros Municipales de Servicios Sociales	1
Centros de día	2
010	3
Centro de salud (a través de médicos, enfermeras)	4
Familiares, amigos, vecinos, otros cuidadores	5
Centros Municipales de Mayores	6
Servicios de Teleasistencia	7
Cartel publicitario	8
Otras (especificar).....	9
Ns/Nc	99

BLOQUE 2: Tipo de ayuda, cumplimiento de objetivos y notoriedad

P.3.- ¿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...)	3
Otra entidad: ¿Cuál?	8
Ns/Nc	9

P.4.- En qué medida cree usted que el servicio de Fisioterapia Preventiva cumple los siguientes objetivos. Por favor, utilice una escala de valoración de 0 a 10, donde "0" significa *Incumple totalmente* y "10" *Cumple totalmente*

	Incumple totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cumple totalmente	Ns/Nc
Proporcionar rehabilitación de carácter preventiva	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Mantener las capacidades físicas y la autonomía de los mayores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Aumentar las capacidades funcionales que con la edad o que por distintas enfermedades están disminuidas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Facilitar y mantener las actividades de la vida cotidiana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Favorecer las relaciones sociales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.5.- Y en su caso, ¿cuáles fueron los motivos que les llevaron a solicitar el servicio de Fisioterapia Preventiva? LEER RESPUESTAS. RESPUESTA MÚLTIPLE. ROTAR CÓDIGOS PREFIJADOS.

Recibir atención rehabilitadora como consecuencia de un problema funcional	1
Prevenir la aparición de enfermedades o limitaciones físicas	2
Mejorar las capacidades físicas y autonomía disminuida con el paso del tiempo o por enfermedad	3
Facilitar la realización de las actividades de la vida cotidiana	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.- 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	Ns/ Nc
6.1.- Ha mejorado su capacidad funcional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6.2.- 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	99
6.3.- Ha mejorado las siguientes actividades:												
6.3a. Aseo personal y vestido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6.3b. Caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6.3c. Equilibrio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6.3d. Subir y bajar escaleras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6.3e. Salir a la calle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6.3f. Hacer la compra	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6.3g. Coger transporte público	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6.4. Ha mejorado el dolor (si lo tuviera)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6.5. Ha disminuido la toma de medicación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.7.- 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
7.1	Ha mejorado en su autonomía e independencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.2	Ha mejorado su estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.3	Se siente usted más apoyado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.4	Se siente usted más seguro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.5	Se encuentra usted más satisfecho con su vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.6	Le ha servido para relacionarse con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.7	Su estado de salud, en general, ha mejorado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.8	Ha supuesto un beneficio para su familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.8.- ¿Cómo se encuentra de satisfecho con la rapidez del proceso desde que solicitó el servicio de Fisioterapia Preventiva hasta que le notificaron su adjudicación de plaza? 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 4: Estructura organizativa de la prestación

P.9.- 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
9.1 La organización y funcionamiento en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.2 Horario en que tiene lugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.3 Frecuencia de las sesiones (nº de veces por semana)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.4 Duración (tiempo que duran las sesiones)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.5 Número de usuarios que forman los grupos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.6 El tipo de actividades que se realizan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**P.10.- 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
10.1 Equipamiento y 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
10.2 Orden y limpieza de la sala donde se realiza la actividad.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.3 La proximidad del centro a su domicilio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.11.- ¿Cuántos días a la semana recibe el servicio de Fisioterapia Preventiva?

Dos días a la semana	1
Tres días a la semana	2
Cinco días a la semana	3
Otras respuestas: especificar: _____	4
NS/NC	9

P.12.- En general y en una escala donde "0" significa *Muy insatisfecho* y "10" *Muy satisfecho*, ¿qué opinión le merece la información que ha recibido y recibe sobre el servicio?

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Información sobre el servicio	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 Competencia técnica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
13.3 Empatía (comprensión de problemas particulares)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
13.4 Capacidad de resolución de problemas	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.14.a
No	2.....pasar a P.15

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.14

P.14.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 7: Experiencia de los entrevistados

P.15.- 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 del servicio de Fisioterapia Preventiva.

P.16.- Utilizando la misma escala, por favor, valore como se encuentra de satisfecho con la mejora en su calidad de vida desde que recibe el servicio.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
P.15. Cobertura de expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
P.16. Mejora en la calidad de vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.17.- ¿Cree usted que recibir el servicio de Fisioterapia le ha permitido seguir viviendo en su domicilio en mejores condiciones?

Sí	1
No	2
NS/NC	9

P.18.- En su caso, ¿el apoyo del servicio de Fisioterapia Preventiva ha evitado su ingreso en una residencia?

Sí	1
No	2
NS/NC	9

BLOQUE 8: Valoración general del servicio

P.19.- ¿Tiene alguna sugerencia de mejora al servicio de Fisioterapia Preventiva?

Sí.....1→Pasar a P.19a

No.....2→Pasar a P.20

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.19

P.19.a ¿Cuál? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado

A TODOS

P.20.- ¿Ha interpuesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del servicio?

Sí.....1→Pasar a P.20.a

No.....2→Pasar a P.21

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.20

P.20.a.- Por favor, indíqueme el contenido de dichas quejas. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE.

Anotar literalmente lo que indique el entrevistado _____

Y codificar en la tabla:

Instalaciones y equipamiento	1
Organización y funcionamiento de la actividad	2
Tipo de actividades desarrolladas en los grupos	3
Sistema y trámite de altas y bajas	4
Relacionadas con los profesionales	5
Otras: ¿Cuáles? _____	8

P.20.b.- ¿Le han contestado?

Sí.....1

No.....2

P.20.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

P.21.- En general y teniendo en cuenta toda su experiencia como usuario del servicio de Fisioterapia Preventiva, ¿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.22.- ¿Volvería a solicitar el servicio si fuese posible?

Sí	1
No	2
NS/NC (no leer)	9

P.23.- ¿Recomendaría usted este servicio?

Sí	1
No	2
NS/NC (no leer)	9

BLOQUE 9: 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.- ¿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

C.2.- ¿Practica algún tipo de actividad física diferente a la fisioterapia preventiva?

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN C.2

C.2.a Concretamente, ¿qué actividad física realiza? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado

C.2.b.- ¿Puede decirme dónde practica dicha actividad física?

Centro Municipal de Mayores	1
Programa de Ejercicio al Aire Libre	2
Centro Cultural	3
Polideportivo	4
Otros, especificar:	8

A TODOS

C.3.- 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
C.3a.- Aseo personal y vestido	1	2	3	9
C.3b.- Caminar	1	2	3	9
C.3c.- Subir y bajar escaleras	1	2	3	9
C.3d.- Salir a la calle	1	2	3	9
C.3e.- Hacer la compra	1	2	3	9
C.3f.- Coger transporte público	1	2	3	9

C.4.- Género del titular del servicio

Hombre	1
Mujer	2

C.5.- 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!