APPENDIX L.2

WIC ITFPS-2 Participant Interview

5 Month - Spanish

**SOCIODEMOGRAPHICS AND BACKGROUND**

***Respondent still Caregiver?***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24*

SD12. (*1 mo.:* Antes de continuar*/ All other:* Antes de comenzar hoy), debo preguntarle si usted sigue siendo la persona a cargo de {CHILD}. [Source: New Development]

Yes 01

No 02

(If no, go to a)

a. ¿Vive {CHILD} con usted?

Yes 01

No 02

b. (*If a is Yes):* ¿Podría decirme quién en su hogar es la persona a cargo de {CHILD}? ¿Podría hablar con esa persona?

Name of New Caregiver\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*c. (If a is No):* ¿Podría decirme actualmente quién está a cargo de {CHILD} y cómo me puedo comunicar con esa persona?

Name of New Caregiver\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone of New Caregiver\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address of New Caregiver\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relation of New Caregiver to Child\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Continuation/discontinuation of WIC participation (timing, reasons, location)***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24*

**Quisiera comenzar por hacerle algunas preguntas acerca de WIC.**

SD31. ¿Actualmente recibe alimentos o cheques de WIC para usted o para {CHILD}? [Source: FDA IFPS-2; modified]

Yes 01

No 02

(if no for the first time go to SD34, if no previously go to next module)

SD32. La última vez que hablé con usted, usted iba a WIC en [*fill in location*]. ¿Todavía va a ese lugar o va a otro lugar? [Source: FDA IFPS-2 modified]

Yes, still that location 01

No, new location 02

SD33. *(If SD32 is no)* ¿Podría decirme adónde va actualmente?

*Record location \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Ask SD34 and SD35 only if SD31 is 'no'*

SD34. ¿Qué edad tenía {CHILD} cuando usted dejó de ir a WIC? [Source: LA WIC Survey; modified]

Age [weeks/months]

SD35. Voy a leerle algunas razones por las que posiblemente usted haya dejado de ir a WIC. Por favor dígame para cada una si es una razón por la que usted dejó de ir a WIC: [Source: LA WIC Survey; modified]

Usted ya no reúne los requisitos para WIC 01

No era conveniente para usted 02

Usted ya no necesita WIC 03

Otra razón (record response) 04

**CURRENT FEEDING PRACTICES**

AMPM Module (Asking child’s food intake in past 24 hours)

***24-HR Recall for Food Intake***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24*

**Nutrition intake**

**Number of breastmilk/formula feedings per day**

**Type of formula used**

**Adherence to formula dilution instructions**

**Use/timing of supplemental formula for breastfeeding mothers**

**Addition of anything other than human milk/formula to child’s bottle**

**Specific food item intake**

**Use of jarred baby foods**

**Meal and snack pattern**

**Eating locations (eating on the go)**

**Use of dietary supplements for infants (direct administration)**

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de cosas que posiblemente esté haciendo para alimentar a su bebé.

*Current feeding choice*

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

CF1. ¿Actualmente alimenta a {CHILD} con leche materna, ya sea directamente del pecho o en un biberón, lo alimenta con leche de fórmula o lo alimenta con (*1-5 months:* ambas cosas) (*7-13 months*: ambas cosas o con ninguna)? [Source: New Development]

Only breastmilk 01

Only formula 02

Both breastmilk and formula 03

Neither breastmilk nor formula 04

*IF CF1 = 02, SKIP TO CF19*

**Breastfeeding Module (Asked only if mother currently feeding breastmilk, based on CF1)**

**Questions CF2 – CF18**

***Frequency and nature of breastfeeding problems***

***Resolution of breastfeeding problems***

*1, 3, 5*

Usted me dijo que actualmente alimenta a {CHILD} con leche materna. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas al respecto.

CF2. Quisiera preguntarle acerca de algunos de los problemas que posiblemente haya tenido con la lactancia durante el mes pasado. Durante el mes pasado, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?

*Ask items (a/b) only at 1 month, then drop at 3 and 5.*

a. Durante el mes pasado, ¿tuvo problemas su bebé para agarrar el pezón?

Yes 01

No 02

b. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Bottle fed baby with formula 02

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 03

Nothing, just continued breastfeeding 04

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 05

*Ask at 1, 3, 5*

c. Durante el mes pasado, ¿tuvo su bebé algún problema de atragantarse?

Yes 01

No 02

d. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Bottle fed baby with formula 02

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 03

Nothing, just continued breastfeeding 04

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 05

e. Durante el mes pasado, ¿se le inflamaron o agrietaron los pezones?

Yes 01

No 02

f. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Took medications or used creams 02

Bottle fed baby with formula 03

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 04

Nothing, just continued breastfeeding 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

g. Durante el mes pasado, ¿tuvo usted una infección de seno?

Yes 01

No 02

h. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Took medications or used creams 02

Bottle fed baby with formula 03

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 04

Nothing, just continued breastfeeding 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

i. Durante el mes pasado, ¿se le llenaron demasiado los senos?

Yes 01

No 02

j. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Bottle fed baby with formula 02

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 03

Pumped or expressed breastmilk to relieve fullness 04

Nothing, just continued breastfeeding 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

k. Durante el mes pasado, ¿no tuvo suficiente leche para satisfacer al bebé?

Yes 01

No 02

l. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Changed what I ate 02

Bottle fed baby with formula 03

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 04

Nothing 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

m. Durante el mes pasado, ¿tuvo algún otro problema para amamantar? (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Yes 01

No 02

n. (*If yes*) ¿Qué hizo respecto a este problema? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)*

Turned to someone for advice 01

Took antibiotics/medications 02

Bottle fed baby with formula 03

Pumped breastmilk to be fed to baby with bottle 04

Nothing, just continued breastfeeding 05

Other (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 06

***Support received for breastfeeding problem***

*1, 3, 5*

CF3. (*If yes to any problem in CF2*) Cuando ha tenido problemas para amamantar, ¿le ha dado consejo al respecto alguna de las siguientes personas? [Source: IFPS-1, modified]

a. Personas que trabajan en su clínica u oficina de WIC

Yes 01

No 02

b. Médicos o enfermeras

Yes 01

No 02

c. Amistades o familiares

Yes 01

No 02

d. Personal de apoyo a la lactancia que no trabajen para WIC, como por ejemplo La Leche League o una orientadora para la lactancia

Yes 01

No 02

e. ¿Alguna otra persona?

Yes 01

No 02

***Frequency and nature of breastfeeding barriers***

***Best solutions to identified barriers***

*1, 3, 5*

CF4. Voy a leerle algunas afirmaciones acerca de cosas que posiblemente le dificulten amamantar o por las que posiblemente usted no amamanta. Para cada una, por favor dígame si esto le ha sucedido durante el mes pasado. [FDA IFPS-2, modified]

a. Tuve que volver a trabajar o a estudiar y no podía ni quería sacarme leche o amamantar allí. ¿Le sucedió esto durante el mes pasado?

Yes 01

No 02

b. Amamantar me desgastó demasiado. ¿Le sucedió esto durante el mes pasado?

Yes 01

No 02

c. No tenía tiempo para amamantar. ¿Le sucedió esto durante el mes pasado?

Yes 01

No 02

d. Sentí que amamantar me ocupa demasiado. ¿Le sucedió esto durante el mes pasado?

Yes 01

No 02

e. Mi esposo o pareja no estaba de acuerdo con que yo amamantara. ¿Le sucedió esto durante el mes pasado?

Yes 01

No 02

CF5. (*If yes to any barriers in CF4*) ¿Cuál cree usted que es la mejor manera de resolver esto/las cosas que le dificultaron amamantar? *(Interviewer allow open-ended and check all responses offered)* [Source: New Development]

Seek support from a friend or relative to help you

to continue breastfeeding 01

Seek support from a health professional to help you

to continue breastfeeding 02

Make arrangements with work or school to continue

breastfeeding or pumping during the day 03

Stop breastfeeding and switch to formula feeding 04

Mix breastfeeding with formula feeding 05

Nothing, just continue breastfeeding 06

Other (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 07

***Use of breast pump***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

CF6. Algunas madres se pueden sacar leche y otras no pueden hacerlo. Actualmente, ¿usted se puede sacar leche?

*Interviewer: code yes if mother is pumping at all, even if infrequently.*

Yes 01

No 02

Refused 99

If CF6 is NO, skip to CF18

***Time of day of pumping***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

CF12. Ahora quisiera preguntarle acerca de las horas en que normalmente se saca leche. [Source: New Development]

a. Cuando se saca leche, ¿con qué frecuencia se saca leche en la mañana, es decir antes del medio día? ¿Diría que normalmente, a veces o nunca?

Usually 01

Sometimes 02

Never 03

Don’t know 98

Refused 99

b. Cuando se saca leche, ¿con qué frecuencia se saca leche en la tarde, es decir desde el medio día hasta la 5 de la tarde? ¿Diría que normalmente, a veces o nunca?

Usually 01

Sometimes 02

Never 03

Don’t know 98

Refused 99

c. Cuando se saca leche, ¿con qué frecuencia se saca leche en la noche, es decir después de las 5 de la tarde? ¿Diría que normalmente, a veces o nunca?

Usually 01

Sometimes 02

Never 03

Don’t know 98

Refused 99

***Frequency of pumping***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

CF11. Piense en las últimas dos semanas. ¿Con qué frecuencia se sacó leche? (*Interviewer allow open-ended, calculate numbers for response if needed, and confirm with respondent)*[Source: FDA IFPS-2, modified]

Times pumped [times]

***Reasons for pumping***

*1, 3, 5, 7*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

CF15. Voy a leerle algunas razones por las que es posible que se haya sacado leche durante el mes pasado. Para cada una, dígame si esta es una razón por la que usted se sacó leche. (CATI to randomize order of sub-items) [Source: FDA IFPS-2, modified]

a. Para aliviar la congestión o inflamación de los senos

Yes 01

No 02

b. Para mantener su reserva de leche cuando no puede amamantar al bebé (por ejemplo cuando usted no está con el bebé o cuando el bebé está demasiado enfermo y no puede amamantarlo)

Yes 01

No 02

c. Para mezclar con cereal o con otra comida

Yes 01

No 02

d. Para aumentar su reserva de leche

Yes 01

No 02

e. Para tener reservas adicionales de leche

Yes 01

No 02

f. Para tener leche para que otra persona pueda darle de comer al bebé

Yes 01

No 02

g. ¿Hay alguna otra razón por la que usted se haya sacado leche en el mes pasado?

Yes (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 01

No 02

***Storage practices for pumped/expressed human milk***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

*Ask only if currently pumping breastmilk in CF6*

CF16. Durante el mes pasado, ¿qué tanto tiempo estuvo la leche que usted se sacó guardada en el refrigerador? [Source: FDA IFPS-2, modified]

No guardo leche en un refrigerador 01

1 día o menos 02

2 a 3 días 03

4 a 5 días 04

6 a 8 días 05

Más de 8 días 06

CF17. ¿Normalmente por cuánto tiempo guarda su leche congelada? [Source: FDA IFPS-2]

*Only include 4 months or more after the 5 month interview*

No congelo la leche 01

Menos de una semana 02

1 a 4 semanas 03

1 a 3 meses 04

4 meses o más 05

***How is breastmilk feeding schedule determined (time schedule, child seems hungry, mixed)***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

CF18. ¿Le da leche materna a {CHILD} ya sea directamente de su pecho o en biberón siguiendo un horario establecido o cuando [ÉL/ELLA] llora o parece tener hambre? [Source: IFPS-1, modified]

Schedule 01

Cries or seems hungry 02

Both on a schedule and when baby cries or seems hungry 03

*IF CF1 = 01 SKIP TO CF52*

**Formula Feeding Module (Asked only if mother currently formula feeding)**

Questions CF19 – CF27

***Who provided formula***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

Usted me dijo que actualmente alimenta a {CHILD} con leche de fórmula. Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas al respecto.

CF19. ¿Dónde obtiene la leche de fórmula que usa para alimentar a {CHILD}? ¿La obtiene de WIC, de otro lugar o tanto de WIC como de otro lugar? [Source: New Development]

WIC 01

Somewhere else 02

Both WIC and somewhere else 03

CF20. (*If indicated in CF19 getting formula from WIC)* ¿Es la cantidad de leche de fórmula que obtiene de WIC para alimentar a {CHILD} más de de que normalmente usted necesita, menos de lo que usted normalmente necesita o es la cantidad correcta? [Source: PHFE WIC Survey 2010, modified]

More 01

Less 02

About right 03

Don’t know 98

Refused 99

***Reasons for formula use***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 (ask for the last time at the interview where mom indicates she has completely stopped breastfeeding)*

CF21. Hay muchas razones para usar leche de fórmula. Por favor dígame si alguna de las siguientes afirmaciones es una razón por la cual usted alimenta a su bebé con leche de fórmula.[Source: FDA IFPS-2, modified]

*If not currently breastfeeding at all (CF1) and never tried to breastfeed (HF10, CF29), skip to h.*

*Ask (a) only in months 1, 3, 5*

a. Mi bebé tuvo problema para chupar o agarrar el pezón

Yes 01

No 02

b. Mi bebé perdió el interés en lactar y dejó de lactar por sí mismo

Yes 01

No 02

c. Mi bebé no quedaba satisfecho únicamente con leche materna

Yes 01

No 02

d. Creí que mi bebé no estaba ganando suficiente peso

Yes 01

No 02

e. No tenía suficiente leche materna

Yes 01

No 02

f. Amamantar era demasiado doloroso

Yes 01

No 02

g. Quería que mi bebé tomara leche de fórmula y leche materna.

Yes 01

No 02

*Ask h-n if mother is either exclusively formula feeding or feeding both breastmilk and formula*

h. Decidí no amamantar

Yes 01

No 02

i. Mi bebé estaba enfermo y no podía amamantarlo

Yes 01

No 02

j. Yo estaba enferma o tuve que tomar medicamentos

Yes 01

No 02

k. Amamantar parecía demasiado inconveniente

Yes 01

No 02

l. No pude o no quise sacarme leche

Yes 01

No 02

m. Quería o necesitaba que alguien más alimentara a mi bebé

Yes 01

No 02

n. Alguna otra razón

Yes (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 01

No 02

***If not adhering to formula dilution instructions, why? Prescribed by Dr., nutritionist?***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

CF22. Durante el mes pasado, ¿alguna vez mezcló la leche de fórmula con más agua para que le durara más tiempo? [Source: IFPS-1]

Yes 01

No 02

If CF22 = NO, skip to CF24.

CF23. (*If yes to CF22*) ¿Quién le dijo que preparara la leche de fórmula de esta manera? [Source: New Development]

Un médico 01

Alguien que trabaja en la oficina o clínica de WIC 02

Otro profesional de la salud 03

Una amiga o un amigo 04

Un familiar 05

Otra persona 06

Nadie me dijo 07

CF24. Durante el mes pasado, ¿mezcló alguna vez la leche de fórmula con menos agua de la indicada para poder hacerla más concentrada o fuerte? [Source: IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

Not applicable – use ready-to-feed 03

If CF24 = NO, skip to CF27.

CF25. (*If yes to CF24*) ¿Quién le dijo que preparara la leche de fórmula de esta manera? [Source: New Development]

Un médico 01

Alguien que trabaja en la oficina o clínica de WIC 02

Otro profesional de la salud 03

Una amiga o un amigo 04

Un familiar 05

Otra persona 06

Nadie me dijo 07

***How is formula feeding schedule determined (set, on demand, mixed)***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13*

CF27. ¿Alimenta a {CHILD} con leche de fórmula siguiendo un horario establecido o cuando [ÉL/ELLA] llora o parece tener hambre? [Source: IFPS-1]

Schedule 01

Cries or seems hungry 02

Both on a schedule and when baby cries or seems hungry 03

**Move to Partial Breastfeeding (Asked once when mother indicates for the first time that she is formula feeding in CF1)**

***Timing of move to partial breastfeeding***

*(any time 1-13)*

*Ask of all women who indicated fully BF in CF1. Once answered affirmatively, drop from subsequent interviews.*

CF52. ¿Ha alimentado a {CHILD} con leche de fórmula, incluso si solo fue una vez? No incluya el tiempo en el hospital justo después del nacimiento de {CHILD}.

Yes 01 (go to CF53)

No 02 (go to CF32)

Don’t know 03

Refused 04

*Ask of fully BF women who answered yes to CF52, partially BF women (based on CF1), and fully formula feeding women (based in CF1) who indicated that they ever breastfed in CF29 or HF10. Ask once, first time formula feeding indicated in CF1 or CF52, then drop from subsequent interviews.*

CF53. ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que lo(a) alimentó con leche de fórmula? No incluya el tiempo en el hospital justo después del nacimiento de {CHILD}.

Age [days/weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

*Asked of all partially BF women and all fully formula feeding women who ever breastfed based on CF29 or HF10. Ask until an age, don’t know, or refused is given in response, then drop from subsequent interviews.*

CF28. ¿Qué edad tenía {CHILD} cuando comenzó a alimentarlo(a) con leche de fórmula todos los días? [Source: FITS 2002, modified]

Age [days/weeks/months]

Child is not fed formula every day 97

Don’t Know 98

Refused 99

**Breastfeeding Cessation Module: (asked once first time mother indicates not currently feeding breastmilk in CF1)**

**Questions CF30 – CF31**

***Timing of cessation of breastfeeding***

*(any time 1-13)*

*Ask at first interview when mother says she is not feeding breastmilk, if she indicated feeding breastmilk in CF1 on previous interviews or if she answered ‘yes’ to ever breastfed or tried to breastfeed in CF29*

CF30. ¿Qué edad tenía {CHILD} cuando usted dejó de alimentarlo(a) por completo con leche materna ya fuera directamente de su pecho o en biberón? [Source: IFPS-1, modified]

Age [days/weeks/months]

***Reasons for cessation of breastfeeding***

*(any time 1-13)*

CF31. Hay muchas razones por las que las madres dejan de amamantar. Por favor dígame si alguna de las siguientes razones le ayudó a decidir dejar de amamantar a{CHILD}? [Source: FDA IFPS-2, modified]

*Do not ask (a) if interview is 5 months or later*

a. Mi bebé tuvo problema para chupar o agarrar el pezón

Yes 01

No 02

b. Mi bebé comenzó a morder

Yes 01

No 02

c. Mi bebé perdió el interés en lactar y dejó de lactar por sí mismo

Yes 01

No 02

d. Mi bebé no quedaba satisfecho únicamente con leche materna

Yes 01

No 02

e. Creí que mi bebé no estaba ganando suficiente peso

Yes 01

No 02

f. No tenía suficiente leche

Yes 01

No 02

g. Amamantar era demasiado doloroso

Yes 01

No 02

h. Yo estaba enferma o tuve que tomar medicamentos

Yes 01

No 02

i. Amamantar era demasiado inconveniente

Yes 01

No 02

j. Quería o necesitaba que alguien más alimentara a mi bebé

Yes 01

No 02

k. No quería amamantar en público

Yes 01

No 02

l. Alguna otra razón (specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Yes 01

No 02

**Supplemental Foods Initiation (asked all interviews 1-24 until all endorsed)**

***Fed other than breastmilk or formula***

***1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24***

*Ask CF32 at every interview until mother answers yes, then drop from later interviews and go straight to CF36.*

CF32. ¿Se le ha dado a {CHILD} algo de comer o tomar aparte de leche de fórmula o leche materna? [Source: WIC IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

If CF32 = NO, skip to CF40.

***Were foods other than breastmilk or formula fed by bottle? If so, why?***

*1, 3, 5, 7*

CF36. Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de cosas que posiblemente le haya agregado al biberón de su bebé con leche de fórmula o leche materna.: [Source: FDA IFPS-2, modified; New Development for reasons]

a En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha agregado cereal para bebés al biberón de su bebé?

todas las veces que le dio de comer 01

la mayoría de las veces que le dio de comer 02

aproximadamente una vez al día 03

de vez en cuando 04

rara vez 05

nunca 06

b. (*If anything other than never*) ¿Por qué le agregó cereal para bebés al biberón de su bebé?

Para que quede satisfecho(a) 01

Para hacerlo(a) tomar más leche 02

Para darle algo especial 03

Como remedio 04

Un médico u otro profesional de la salud me dijo que hiciera esto 05

Un amigo o un familiar me dijo que hiciera esto 06

Otra razón 07

c. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha agregado endulzante al biberón de su bebé?

todas las veces que le dio de comer 01

la mayoría de las veces que le dio de comer 02

aproximadamente una vez al día 03

de vez en cuando 04

rara vez 05

nunca 06

d. (*If anything other than never*) ¿Por qué le agregó endulzante al biberón de su bebé?

Para que quede satisfecho(a) 01

Para hacerlo(a) tomar más leche 02

Para darle algo especial 03

Como remedio 04

Un médico u otro profesional de la salud me dijo que hiciera esto 05

Un amigo o un familiar me dijo que hiciera esto 06

Otra razón 07

e. ¿Le ha agregado otra cosa?(Specify OTHER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha agregado [OTHER] al biberón de su bebé?

todas las veces que le dio de comer 01

la mayoría de las veces que le dio de comer 02

aproximadamente una vez al día 03

de vez en cuando 04

rara vez 05

nunca 06

f. (*If anything other than never*) ¿Por qué le agregó [OTHER] al biberón de su bebé?

Para que quede satisfecho(a) 01

Para hacerlo(a) tomar más leche 02

Para darle algo especial 03

Como remedio 04

Un médico u otro profesional de la salud me dijo que hiciera esto 05

Un amigo o un familiar me dijo que hiciera esto 06

Otra razón 07

***Time to introduction of supplemental foods***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24*

*Only ask CF33 if CF32 = YES now or at a previous interview*

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de cuando comenzó a alimentar a {CHILD} con distintos tipos de comidas.

*Ask each food until answer is affirmative, then stop asking that food in subsequent interviews*

CF33. Para cada uno de los siguientes alimentos, por favor dígame si le ha dado a {CHILD} esta comida o bebida, y de ser así, ¿qué edad tenía {CHILD} la primera vez que comió esa comida? [Sources: FITS 2008; IFPS-1; WHO Toolkit 1996]

a. ¿Le ha dado agua natural embotellada o del grifo?

Yes 01

No 02

b. (If yes) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio agua natural embotellada o del grifo?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

c. ¿Le ha dado gaseosa, soda o refrescos con gas?

Yes 01

No 02

d. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio gaseosa, soda o refrescos con gas?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

e. ¿Le ha dado otras bebidas dulces (tales como Kool Aid, Hi-C, Fruit Punch, jugo con azúcar, agua con sabores o azúcar, Gatorade, o té dulce)?

Yes 01

No 02

f. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio otras bebidas dulces?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

g. ¿Le ha dado jugos de pura fruta o 100% de fruta, tales como jugo de manzana, jugo de naranja u otros jugos de pura fruta? No incluya bebidas dulces con sabor a fruta, ni jugo de fruta hecho en casa al que se le agregó azúcar?

Yes 01

No 02

h. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio jugo de pura fruta o 100% de fruta?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

i. ¿Le ha dado otras bebidas o líquidos incluyendo tés, caldos o consomés?

Yes 01

No 02

j. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio otras bebidas y líquidos, incluyendo tés, caldos y consomés?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

k. ¿Le ha dado leche de vaca, incluyendo leche entera, leche al 2%, al 1% y leche sin grasa? Por favor, incluya la leche que agrega a otras comidas, como por ejemplo al cereal.

Yes 01

No 02

l. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio leche de vaca?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

m. ¿Le ha dado otros productos lácteos aparte de leche de vaca, como por ejemplo, queso, yogur o leche de cabra? Por favor, incluya todos los productos lácteos aparte de leche de vaca que le haya agregado a otras comidas.

Yes 01

No 02

n. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio otros productos lácteos aparte de leche de vaca?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

o. ¿Le ha dado cereal para bebés?

Yes 01

No 02

p. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio cereal para bebés?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

q. ¿Le ha dado otros tipos de cereal aparte de cereal para bebés?

Yes 01

No 02

r. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio otros tipos de cereal, aparte de cereal para bebés?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

s. ¿Le ha dado huevos?

Yes 01

No 02

t. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio huevos?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

u. ¿Le ha dado fruta, incluyendo alimento para bebés o fruta normal?

Yes 01

No 02

v. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio frutas?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

w. ¿Le ha dado vegetales, incluyendo alimento para bebés o vegetales normales?

Yes 01

No 02

x. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio vegetales?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

y. ¿Le ha dado leguminosas como por ejemplo frijoles, habichuelas o garbanzos?

Yes 01

No 02

z. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio leguminosas, tales como frijoles, habichuelas o garbanzos?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

aa. ¿Le ha dado crema de maní o cacahuate?

Yes 01

No 02

bb. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio crema de maní o cacahuate?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

cc. ¿Le ha dado carnes, pollo o pescado, incluyendo alimentos para bebés o comidas combinadas para bebés que contienen estos productos?

Yes 01

No 02

dd. (*If yes*) Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio carne, pollo o pescado?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

ee. ¿Le ha dado pasabocas salados tales como papitas fritas de paquete, pretzels, galletas de sal u otros pasabocas, incluyendo pasabocas para bebés?

Yes 01

No 02

ff. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio pasabocas salados?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

gg. ¿Le ha dado golosinas tales como pastel o torta, galletas dulces, dulces o bombones o mermelada o confitura?

Yes 01

No 02

hh. (*If yes*) ¿Qué edad tenía {CHILD} la primera vez que le dio golosinas?

Age [weeks/months]

Don’t know 98

Refused 99

**Feeding Methods and Food Preparation:**

***Method of feeding child (spoon, infant feeder, bottle/modified bottle, etc.)***

*\*3, 5, 7, 9, 11, 13, 15*

*Only ask at 3 months if indicated that child is eating solid foods (something other than formula or BM) in CF32*

CF40. En los últimos 7 días, ¿le hado a comidas con una cuchara? [Source: IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

CF41. En los últimos 7 días, ¿le ha dado a {CHILD} alguna comida con alimentadores para bebé o en un biberón que tiene más grande el agujero del chupete? [Source: IFPS-1, modified]

Yes 01

No 02

**EXPERIENCE, KNOWLEDGE, ADVICE, BELIEFS**

**Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de cómo obtiene información para alimentar a {CHILD}.**

***Sources of information about infant/toddler feeding***

*5, 15*

KA36. Hay muchos lugares y personas donde las madres acuden para obtener información sobre cómo alimentar a los niños. Voy a leerle una lista, y quisiera que me dijera si usted ha acudido a estos lugares o a estas personas para obtener información acerca de cómo alimentar a {CHILD}. (CATI offers in random order) [Source: New Development]

a. Su mamá, su suegra u otro familiar

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

Not Applicable 99

b. Su esposo o pareja

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

Not Applicable 99

c. Un amigo o una amiga

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

Not Applicable 99

d. El pediatra de su bebé u otro profesional de la salud

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

Not Applicable 99

e. Un grupo de madres o una clase para madres

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

Not Applicable 99

f. Libros o revistas

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

Not Applicable 99

g. La Internet o páginas para padres en Internet

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

Not Applicable 99

h. Su clínica u oficina de WIC

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

Not Applicable 99

***Most helpful source of information about infant/toddler feeding***

*5, 15*

*Ask if answered ‘yes’ to two or more sources of information in KA36*

KA40. Usted me acaba de decir los lugares o las personas donde acudió para obtener información acerca de cómo alimentar a {CHILD}. Le voy a volver a leer la lista, y quisiera que me dijera qué persona o qué lugar cree usted que le dio la información más útil acerca de la alimentación de {CHILD}. [CATI includes only options endorsed as ‘yes’ in KA36, and randomizes the included options]. ¿Diría usted que la persona o el lugar que le dio la información más útil es (*interviewer read responses with “o” between each*): [Source: New Development]

Su mamá, su suegra u otro familiar 01

Su esposo o pareja 02

Un amigo o una amiga 03

Su médico u otro profesional de la salud 04

Un grupo de madres o una clase para madres 05

Libros o revistas 06

La Internet o páginas para padres en Internet 07

Su clínica u oficina de WIC 08

Don’t know 98

Refused 99

***Why did mother seek information about infant/toddler feeding***

*5, 15*

KA37. (*If yes to seeking information from any source in KA36*) Le voy a leer una lista breve de razones por las cuales algunas madres buscan información acerca de cómo alimentar a sus hijos. Para cada una, por favor dígame si esta es una razón por la cual usted buscó información. [Source: New Development]

a. Tenía preguntas acerca de qué darle de comer a mi hijo

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

b. Me preocupaba el peso de mi hijo

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

c. Quería ayuda con un problema que tenía al alimentar a mi hijo.

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

d. Quería saber más acerca de darle nuevas cosas o cosas diferentes a mi hijo

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

***Did the mother have problems getting information about infant/toddler feeding? If so, what were the problems/barriers?***

*5, 15*

KA38. ¿Ha tenido algún problema para encontrar información sobre cómo alimentar a {CHILD}? [Source: New Development]

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

KA39. (*If yes to KA38*) Voy a leerle algunos problemas que las madres tienen para obtener información. Para cada uno, por favor dígame si usted tuvo este problema.

a. No sabía dónde buscar información

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

b. No pude encontrar información acerca de lo que necesitaba saber

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

c. Encontré información sobre lo que quería saber, pero nada parecía ajustarse a mi situación.

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

**CHILD HEALTH, BEHAVIOR, AND CHILD REARING**

**Finalmente, le voy a hacer algunas preguntas acerca de la salud y el comportamiento de su bebé.**

***Health status/conditions***

***Actions to rectify health conditions***

*1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24*

CH2. ¿Le ha dicho el médico que {CHILD} tiene algún problema de salud o enfermedad a largo plazo que podría afectar la manera en que él/ella come? [Source: FITS 2008, modified]

(*Interviewer, if necessary add*) Estos problemas de salud o enfermedades incluyen cosas como alergias a alimentos, diabetes, trastornos en el metabolismo, tales como fenilcetonuria o PKU, galactosemia, problemas gastrointestinales, tales como reflujo gasogástrico, otros problemas como paladar hendido, u otros problemas de la boca o de la cara - cualquier problema que afecta la habilidad del niño para comer y masticar.

Yes 01

No 02

Don’t Know 98

(*If yes*) **¿Qué problema médico o enfermedad tiene {CHILD}?**

Specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CH3. (*If yes to health status/conditions in CH2*): ¿Qué está haciendo actualmente para tratar este problema de salud? [Source: New Development] *(Open-ended, Interviewer check all that apply)*

Taking her/him to the doctor for treatment 01

Treating him/her at home with medicine 02

Treating him/her at home with something other than

medicine (such as herbal remedies, special teas, or other

forms of treatment) 03

Changing his/her diet 04

Other 05

Don’t Know 98

Refused 99

***Child physical activity indoors***

*5, 13, 15, 24*

*At 5 months only:*

CH5. Voy a leerle una lista de actividades que usted o alguien en su casa probablemente hayan hecho con {CHILD} en la semana pasada. Para cada actividad por favor dígame con qué frecuencia usted o alguien en su hogar hizo las siguientes actividades con {CHILD} durante la semana pasada. [Source: MacDonald & Parke, 1986, modified]

a. Rodar o revolcarse en el piso o en una superficie suave, incluyendo cuando el niño se revuelca en el piso o alguien suavemente le da empujoncitos. En la semana pasada, ¿con qué frecuencia usted o alguien en su casa ha jugado a revolcarse o rodar en el piso con {CHILD}?

Todos los días 01

Varias veces a la semana 02

Una vez a la semana 03

Nunca 04

Don’t Know 98

Refused 99

b. Jugar con una pelota. Esto incluye poner una pelota en frente del niño para que la tenga que alcanzar o empujar. En la semana pasada, ¿con qué frecuencia usted o alguien en su casa ha jugado con una pelota con {CHILD}?

Todos los días 01

Varias veces a la semana 02

Una vez a la semana 03

Nunca 04

Don’t Know 98

Refused 99

c. Estar boca abajo. Esto incluye poner a su bebé boca abajo y dejarlo explorar mientras usted le observa. En la semana pasada, ¿con qué frecuencia usted o alguien en su casa ha jugado a estar boca abajo con {CHILD}?

Todos los días 01

Varias veces a la semana 02

Una vez a la semana 03

Nunca 04

Don’t Know 98

Refused 99

***Child sleep duration/patterns***

*5, 11, 24*

CH9. En un día típico, ¿cuánto tiempo duerme su hijo durante la NOCHE (entre las 7 de la noche y las 7 de la mañana)? [Source: Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ), Sadeh, 2004, modified]

Amount of time [hours, minutes]

CH10. En un día típico, ¿cuánto tiempo duerme su hijo durante el DÍA (entre las 7 de la mañana y las 7 de la noche)? [Source: Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ), Sadeh, 2004, modified]

Amount of time [hours, minutes]

CH11. ¿Cuántas veces normalmente se despierta su hijo durante la noche (ente las 7 de la noche y las 7 de la mañana)? [Source: Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ), Sadeh, 2004, modified]

Number of wakings [number]

**PARTICIPANT CONTACT INFORMATION UPDATE**

**Gracias por su tiempo y por hablar conmigo hoy. Debido a que la llamaremos para su siguiente entrevista (***EN:* **en un par de semanas** */all other times:* **cuando su hijo tenga {AGE – next interview}), quisiera asegurarme de que tenemos todos los medios adecuados para contactarla.**

CM1. ¿Su nombre completo todavía es {NAME}?

Yes 01

No 02

(If no, go to a)

a. ¿Podría decirme cuál es ahora su nombre legal completo?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ask only if still on WIC:*

CM2. {*If have WIC ID on file:* Tenemos anotado que su identificación de WIC es {FILL}. ¿Es correcto?/*If don’t have WIC ID on file:*  ¿Sabe cuál es su identificación actual de WIC?}

WIC ID is the same (fill below) 01

New WIC ID (specify below) 02

Don’t know WIC ID 98

Refused WIC ID 99

WIC ID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CM3. Hoy me comuniqué con usted en el {FILL #}. ¿Será ese el mejor número para llamarla para su próxima entrevista?

Yes (if yes, go to b) 01

No (if no, go to a) 02

a. ¿Cuál es el mejor número para llamarla para su próxima entrevista?

Number (specify ---/---/----)

NO PHONE (go to CM4) 97

**¿Es ese número de su casa, del trabajo, de un celular o de otra parte?**

Home 01

Work 02

Cell 03

Other (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 04

**b. ¿Hay algún otro número en el que podríamos contactarla en caso de que tengamos problema para comunicarnos con usted?**

Number (specify ---/---/----)

**¿Es ese número de su casa, del trabajo, de un celular o de otra parte?**

Home 01

Work 02

Cell 03

Other (specify\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 04

Quisiéramos mantenernos en contacto con usted incluso si no podemos comunicarnos por teléfono o si su número de teléfono cambia, así que le voy a preguntar acerca de algunas otras maneras en que podríamos comunicarnos con usted.

CM4. *If have email on file:* Tenemos anotado que su correo electrónico es {FILL}. ¿Es correcto?/*If no email:* ¿Tiene un correo electrónico donde podamos comunicarnos con usted si es necesario?

Email is the same (fill below) 01

New Email (specify below) 02

Don’t know Email 98

Refused Email 99

Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CM5. *If mailing address on file:* Tenemos anotado que su dirección de correo actual es {FILL}. ¿Es correcto? *If no mailing address on file:* ¿Podría darme una dirección de correo donde podamos contactarla si es necesario?

Address is the same (fill below) 01

New address (specify below) 02

Don’t know/don’t have address 98

Refused address 99

a. ¿Podría decirme cuál es su dirección de correo actual?

Street/Apt#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

State\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. (*If CM3a is 97 – no phone)*: Anteriormente usted mencionó que no tiene teléfono. Debido a que necesitamos hablar con usted por teléfono, le enviaremos por correo un teléfono del estudio. Recibirá el teléfono antes de su próxima entrevista. También recibirá las instrucciones sobre cómo usar el teléfono. ¿Debemos enviar el teléfono a la dirección de correo que acaba de darme?

Address is the same (fill below) 01

New address (specify below) 02

Don’t know/don’t have address 98

Refused address 99

¿Podría darme la dirección a la que debemos enviar el teléfono?

Street/Apt#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

State\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CM6. [Social Media – will develop question when procedure is finalized]

CM7. (*If contacts on file:* Anteriormente usted dio los nombres y la información de contacto de dos personas que siempre saben dónde contactarla. ¿Puedo volver a leerle esa información para verificar que sigue siendo correcta?/*If no contacts on file:* Solo en caso de que no podamos contactarla con la información que usted me acaba de dar, quisiera pedirle los nombres y la información de contacto de dos personas que siempre sepan dónde contactarla.

**Person #1** *(If contacts on file, read fill info and correct as needed)*

Name

Who is this person to you?

Phone

Address

Email

**Person #2** *(If contacts on file, read fill info and correct as needed)*

Name

Who is this person to you?

Phone

Address

Email