

Appendix A4: Spanish WIC Participant Follow-up Survey

WIC Peer Counseling Study FOLLOW-UP SURVEY

OMB Autorización Número: 0584-0548

Fecha de vencimiento: xx/xx/xxxx

Según el Paperwork Reduction Act de 1995, no se permite que una agencia ni realice ni financie, ni se requiere que una persona responda a, una colección de información si no se muestra un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta colección de información es 0584-0584. Se estima que el tiempo requerido para completar esta colección de información es un promedio de 20 minutos por respuesta. Si Ud. tiene algún comentario acerca de la exactitud de los cálculos del tiempo, o sugerencias para mejorar esta forma, favor de contactar: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Research & Analysis, Room 1014, Alexandria, VA 22302.

Hola, mi nombre es [ENCUESTADOR].

Gracias por dedicar tiempo hoy para ayudarnos. Llamo de Abt SRBI en nombre de la División de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos. Estamos hablando con nuevas madres sobre cómo están alimentando a sus bebés. También estamos interesados en sus experiencias con los servicios del programa WIC. [IF BASELINE SURVEY COMPLETED Probablemente recuerda que hace varios meses completó la primera encuesta telefónica de este estudio. Esta es la segunda y última encuesta del estudio.] [IF BASELINE SURVEY NOT COMPLETED: Alguien de la agencia WIC le debe haber dado información sobre este estudio y le debe haber dicho que nos comunicáramos con usted para que participara en una encuesta.

La encuesta tomará aproximadamente 15 minutos. Sus respuestas podrían ayudarnos a obtener información sobre cómo mejorar el programa WIC para las madres y sus bebés. Todo lo que usted me diga se mantendrá de manera confidencial en la medida en que lo permita la ley. Como agradecimiento, le daremos un giro postal por valor de \$20 cuando terminemos la encuesta.

Su participación en esta encuesta es voluntaria. Si elige no participar, esto no afectará sus beneficios del programa WIC. Si participa, puede negarse a responder cualquier pregunta. Si participa, sus respuestas no cambiarán los beneficios que recibe de WIC. Si este es un buen momento para usted y está dispuesta a participar, me gustaría comenzar con las preguntas. En primer lugar, ¿tiene alguna pregunta? ¿Está dispuesta a participar en esta encuesta?

Section A: Infant Information and Feeding Practices

[INTERVIEWER: YOU MUST READ CONSENT TO THE RESPONDENT AND OBTAIN VERBAL CONSENT BEFORE BEGINNING.]

A1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su bebé?

Fecha de nacimiento del bebé: ____ / ____ / ____ [GO TO A2.]
(mm dd aaaa)

☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO A1a]

☐ NO SABE [GO TO A1a]

A1a. ¿Su bebé nació antes o después del [FECHA PREVISTA]?

☐ SÍ

☐ NO

☐ SE NEGÓ A CONTESTAR

☐ NO SABE

A2. ¿Cuánto pesó su bebé al nacer?

Peso del bebé al nacer: _____ libras _____ onzas

☐ SE NEGÓ A CONTESTAR

☐ NO SABE

A3. ¿Cuál es el nombre de su bebé? _____

☐ SE NEGÓ A CONTESTAR

☐ NO SABE

[Let BABY'S NAME = Response on A3. IF A3 =REF or IF A3 = DK, let BABY'S NAME = "su bebé"]

A4. ¿Le dio a [NOMBRE DEL BEBÉ] leche materna en algún momento después del nacimiento?

☐ SÍ [GO TO A5]

☐ NO [GO TO A4a]

☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO A4a]

☐ NO SABE [GO TO A4a]

A4a. ¿Intentó amamantar a [NOMBRE DEL BEBÉ] en algún momento después del nacimiento, aunque haya sido una sola vez?

- ☐ SÍ [GO TO A5]
- ☐ NO [GO TO B1]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO B1]
- ☐ NO SABE [GO TO B1]

A5. ¿Todavía le da leche materna a [NOMBRE DEL BEBÉ]?

- ☐ SÍ [GO TO A6]
- ☐ NO
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

[IF A5 = 1 (SÍ), let variable STILLBF =1; else let variable STILLBF = 0]

A5a. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses le dio leche materna a su bebé?

_____ semanas

_____ meses

- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

A5b. ¿Por qué motivos decidió dejar de darle leche materna a [NOMBRE DEL BEBÉ]? [DO NOT READ LIST. MARK RESPONSE(S) GIVEN, THEN PROMPT:] ¿Hubo otros motivos por los que decidió dejar de darle leche materna a su bebé? [DO NOT READ LIST. MARK RESPONSE(S) GIVEN, THEN PROMPT:] ¿Algún otro motivo?

- ☐ EL BEBÉ FUE PREMATURO
- ☐ EL BEBÉ ESTABA ENFERMO O YO ESTABA ENFERMA
- ☐ DIFICULTAD PARA QUE EL BEBÉ SE PRENDIERA AL PECHO, PARA COLOCARLO SOBRE EL PECHO
- ☐ DOLOR, MALESTAR, SEQUEDAD, AGRIETAMIENTO O INFECCIÓN DE LAS MAMAS O LOS PEZONES
- ☐ MAMAS DEMASIADO LLENAS/HINCHADAS
- ☐ EL BEBÉ NO ESTABA RECIBIENDO SUFICIENTE LECHE
- ☐ AMAMANTAR TOMA DEMASIADO TIEMPO
- ☐ AMAMANTAR CAMBIARÁ EL ASPECTO DE LAS MAMAS
- ☐ AMAMANTAR CAUSA PROBLEMAS CON LA VIDA SEXUAL
- ☐ ME PREOCUPA QUE LA LECHE MATERNA PASE A LA ROPA
- ☐ LA ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN LE PERMITE AL PADRE DEL BEBÉ O A OTRA PERSONA ENCARGADA DE SU CUIDADO CREAR VÍNCULOS AFECTIVOS CON ÉL
- ☐ TUVE QUE VOLVER AL TRABAJO/LA ESCUELA
- ☐ ME RESULTA INCÓMODO AMAMANTAR EN PÚBLICO
- ☐ PRESIÓN DE LA FAMILIA O LOS AMIGOS PARA DEJAR DE AMAMANTAR
- ☐ YO FUMO, Y UNA MUJER QUE FUMA NO DEBE AMAMANTAR A SU BEBÉ
- ☐ OTRO, ESPECIFIQUE
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

A6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el tipo de leche que le dio a su bebé en las últimas 24 horas? [**READ LIST; MARK ONE ONLY.**]

- ☐ Sólo leche materna [**GO TO B1**]
- ☐ Mayormente leche materna y algo de leche de fórmula [**GO TO A6b**]
- ☐ Leche materna y leche de fórmula casi por igual [**GO TO A6b**]
- ☐ Mayormente leche de fórmula y algo de leche materna [**GO TO A6b**]
- ☐ Sólo leche de fórmula [**GO TO A6a**]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

[**IF A6 =1 let variable BFOONLY = 1. Else BFOONLY = 0**]

A6a. Antes usted indicó que todavía amamantaba a su bebé. ¿Es correcto?

- ☐ SÍ
- ☐ NO [**GO TO A7**] [**let variable STILLBF = 0**]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

A6b. Pensando en la última semana, ¿con qué frecuencia amamantó a su bebé?

- ☐ Generalmente 2 veces al día o más
- ☐ Generalmente una vez al día
- ☐ Menos de una vez al día
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

A7. Ayer, ¿cuántas onzas de leche de fórmula tomó su bebé en total? Al decir ayer, me refiero desde el momento en que su bebé se despertó ayer en la mañana hasta el momento en que se despertó esta mañana.

[**ENTER NUMBER OF OUNCES**] _____ onzas [**GO TO A8**]

- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

PROMPT: Si no puede decirme la cantidad exacta de onzas, ¿puede decirme la cantidad de biberones?

- ☐ SÍ
- ☐ NO [**GO TO A8**]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [**GO TO A8**]
- ☐ NO SABE [**GO TO A8**]

A7a. ¿Cuántos biberones?

[ENTER NUMBER OF BOTTLES] _____ biberones

A7b. ¿Cuántas onzas *hay* en un biberón?

[ENTER NUMBER OF OUNCES] _____ onzas

☐ SE NEGÓ A CONTESTAR

☐ NO SABE

A8. ¿Ayer le dio a su bebé otra cosa además de leche de fórmula o leche materna? Al decir ayer, me refiero desde el momento en que su bebé se despertó ayer en la mañana hasta el momento en que se despertó esta mañana.

☐ SÍ

☐ NO [GO TO B1]

☐ SE NEGÓ A CONTESTAR

☐ NO SABE

A8a. Dígame qué otra cosa le dio a su bebé ayer y la cantidad aproximada. ¿Le dio a [NOMBRE DEL BEBÉ]...

		NO	SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuánto?	Se negó a contestar	No sabe
(i) Cereal para bebé	☐	☐	_____ cucharadas/onzas	☐	☐
(ii) Leche de vaca o cualquier otra leche	☐	☐	_____ onzas	☐	☐
(iii) Agua natural	☐	☐	_____ onzas	☐	☐
(iv) Jugo/agua azucarada	☐	☐	_____ onzas	☐	☐
(v) Alimentos sólidos/para adultos	☐	☐	_____ cucharadas/onzas	☐	☐
(vi) Otra cosa (ESPECIFIQUE):	☐	☐	_____ cucharadas/onzas	☐	☐

[IF ANYTHING OTHER THAN PLAIN WATER WAS FED, ASK A8b, ELSE GO TO A8c]

A8b. ¿Cuántas semanas tenía su bebé *la primera vez* que le dio algunas de estas cosas además de *agua natural*? [IF NEEDED: Me refiero a cereal para bebé, leche de vaca o cualquier otra leche, jugo o agua azucarada, y alimentos sólido/para adultos.]

_____ semanas

☐ SE NEGÓ A CONTESTAR

☐ NO SABE

[IF PLAIN WATER WAS FED (A8a(iii)=SÍ), ASK A8c, ELSE GO TO B1]

A8c. ¿Cuántas semanas tenía su bebé *la primera vez* que le dio agua natural?

- _____ semanas
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

Section B: WIC Program Experiences During Pregnancy

INTRO: En esta parte de la encuesta, voy a preguntarle sobre su experiencia con el programa WIC durante su embarazo, cuando estaba en el hospital dando luz a su bebé y después que llegó a su casa del hospital.

B1. ¿De cuántos meses de embarazo de [NOMBRE DEL BEBÉ] estaba cuando comenzó a recibir los beneficios de WIC?

- _____ meses
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

B2. ¿Cuando estaba embarazada de [NOMBRE DEL BEBÉ], ¿tomó clases de WIC que hablaban sobre la lactancia materna?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

B3. Mientras estaba embarazada de [NOMBRE DEL BEBÉ], ¿habló con una compañera consejera en lactancia materna de WIC sobre este tema? Las compañeras consejeras en lactancia materna son mujeres que recibieron beneficios de WIC y que amamantaron a sus propios bebés. WIC las contrata y capacita para que ayuden a otras mujeres a aprender sobre la lactancia materna. ¿Habló con una compañera consejera en lactancia materna mientras estaba embarazada de [NOMBRE DEL BEBÉ]?

- ☐ SÍ
- ☐ NO [GO TO B9]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

- B4. Mientras estaba embarazada de [NOMBRE DEL BEBÉ], ¿cuántas veces habló con una compañera consejera en lactancia materna de WIC sobre este tema? **[READ LIST. MARK ONE ONLY.]**
- ☐ Una
 - ☐ Dos o tres
 - ☐ Cuatro o más
 - ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
 - ☐ NO SABE
- B5. Mientras estaba embarazada de [NOMBRE DEL BEBÉ], ¿alguna vez se reunió **en persona** con una compañera consejera en lactancia materna de WIC para hablar sobre lactancia materna?
- ☐ SÍ **[GO TO B6]**
 - ☐ NO **[GO TO B7]**
 - ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR **[GO TO B7]**
 - ☐ NO SABE **[GO TO B7]**
- B6. ¿Dónde se reunió personalmente con una compañera consejera en lactancia materna mientras estaba embarazada de [NOMBRE DEL BEBÉ]? **[DO NOT READ LIST. MARK RESPONSE(S) THEN PROMPT:]** ¿Se reunió en algún otro lugar con una compañera consejera en lactancia materna de WIC mientras estaba embarazada?
- ☐ EN LA CLÍNICA O AGENCIA DE WIC
 - ☐ EN EL HOSPITAL
 - ☐ EN MI CASA
 - ☐ EN LA CASA DE UN FAMILIAR, AMIGO O VECINO
 - ☐ EN LA CASA DE LA CONSEJERA DE WIC
 - ☐ EN UN LUGAR PÚBLICO, COMO UN RESTAURANTE, UNA TIENDA, UN CENTRO COMUNITARIO
 - ☐ OTROS, ESPECIFICAR _____
 - ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
 - ☐ NO SABE
- B7. Mientras estaba embarazada de [NOMBRE DEL BEBÉ], ¿**cómo** habló con la compañera consejera en lactancia materna de WIC sobre este tema? ¿Habló... **[READ LIST. MARK ALL THAT APPLY.]**
- ☐ Por teléfono
 - ☐ Por mensaje de texto o correo electrónico
 - ☐ Por un servicio de telefonía con video, como Skype, en una computadora
 - ☐ OTROS, ESPECIFICAR:
 - ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
 - ☐ NO SABE

B8. ¿Alguna vez recibió mensajes de texto gratis en su teléfono celular sobre cosas que puede hacer para mantenerse sana y mantener sano a su bebé?

- ☐ SÍ [**GO TO B8a**]
- ☐ NO [**GO TO C1**]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

-

B8a. ¿Aproximadamente **cuándo** comenzó a recibir mensajes de texto sobre cosas que puede hacer para mantenerse sana y mantener sano a su bebé? [**READ LIST. MARK ONE.**]

- ☐ Cuando tenía entre 1 y 3 meses de embarazo de [**NOMBRE DEL BEBÉ**]
- ☐ Cuando tenía entre 4 y 6 meses de embarazo de [**NOMBRE DEL BEBÉ**]
- ☐ Cuando tenía entre 7 y 9 meses de embarazo de [**NOMBRE DEL BEBÉ**]
- ☐ Durante la primera semana después del nacimiento de [**NOMBRE DEL BEBÉ**]
- ☐ Unas 2 o 4 semanas después del nacimiento de [**NOMBRE DEL BEBÉ**]
- ☐ Un mes o más después del nacimiento de [**NOMBRE DEL BEBÉ**]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

B9b. **Más recientemente**, ¿hace cuánto aproximadamente recibió mensajes de texto sobre cosas que puede hacer para mantenerse sana y mantener sano a su bebé? [**READ LIST. MARK ONE.**]

- ☐ Hoy o ayer
- ☐ Hace unos días
- ☐ Hace aproximadamente una semana
- ☐ Hace aproximadamente dos o tres semanas
- ☐ Hace aproximadamente uno o tres meses, pero después del nacimiento de [**NOMBRE DEL BEBÉ**]
- ☐ Antes del nacimiento de [**NOMBRE DEL BEBÉ**]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

Section C: Breastfeeding and WIC Program Experiences at Delivery

INTRO: En esta sección, voy a preguntarle sobre su experiencia con el programa WIC cuando usted estaba en el hospital dando a luz a su bebé.

C1. Mientras estaba en el hospital para dar a luz a **[NOMBRE DEL BEBÉ]**, ¿**[NOMBRE DEL BEBÉ]** estuvo con usted en su habitación o estuvo en la sala de recién nacidos?

- ☐ En mi habitación
- ☐ En la sala de recién nacidos
- ☐ OTROS, ESPECIFICAR:
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

C2. Mientras estaba en el hospital para dar a luz a **[NOMBRE DEL BEBÉ]**, ¿alguna persona además de un familiar o amigo la ayudó a amamantar mostrándole cómo hacerlo o hablando con usted sobre la lactancia materna?

- ☐ SÍ
- ☐ NO
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

C3. Mientras estaba en el hospital para dar a luz a **[NOMBRE DEL BEBÉ]**, ¿habló con una compañera consejera en lactancia materna de WIC sobre este tema?

- ☐ SÍ **[GO TO C3a]**
- ☐ NO **[GO TO C4]**
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR **[GO TO C4]**
- ☐ NO SABE **[GO TO C4]**

C3a. Mientras estaba en el hospital para dar a luz a **[NOMBRE DEL BEBÉ]**, ¿cómo habló con esta compañera consejera en lactancia materna? **[READ LIST. MARK ALL RESPONSE(S).]**

- ☐ Por teléfono
- ☐ En persona
- ☐ Por mensaje de texto o correo electrónico
- ☐ OTROS, ESPECIFICAR: _____
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

C4. ¿Tuvo alguna pregunta o problema cuando intentó amamantar por primera vez a [**NOMBRE DEL BEBÉ**]?

- ☐ SÍ
- ☐ NO [**GO TO C3a**]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

C4a. ¿Qué pregunta o problema tuvo? [**DO NOT READ LIST. CHECK ALL THAT APPLY, THEN PROMPT:**] ¿Alguna otra pregunta o problema?

- ☐ MI BEBÉ TENÍA PROBLEMAS PARA SUCCIONAR/PRENDERSE AL PECHO
- ☐ LA LECHE MATERNA SOLA NO ERA SUFICIENTE PARA MI BEBÉ
- ☐ MI BEBÉ NO ESTABA SUBIENDO DE PESO LO SUFICIENTE
- ☐ YO NO TENÍA SUFICIENTE LECHE/MI BEBÉ NO ESTABA SACANDO LO SUFICIENTE PARA ALIMENTARSE
- ☐ AMAMANTAR ERA DEMASIADO DOLOROSO O INCÓMODO
- ☐ OTRO, ESPECIFIQUE _____
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

C4b. ¿Con quién habló para obtener ayuda? [**DO NOT READ LIST. CHECK ALL THAT APPLY, THEN PROMPT:**] ¿Con alguien más?

- ☐ QUERÍA HABLAR CON ALGUIEN, PERO NUNCA LO HICE/NO SABÍA A QUIÉN PREGUNTARLE
- ☐ UNA AMIGA
- ☐ UN FAMILIAR
- ☐ ALGUIEN DE WIC/COMPAÑERA CONSEJERA EN LACTANCIA MATERNA DE WIC
- ☐ ALGUIEN DEL CONSULTORIO DE MI MÉDICO
- ☐ ALGUIEN DEL HOSPITAL
- ☐ ALGUIEN DE UNA LÍNEA TELEFÓNICA DE AYUDA
- ☐ OTRA PERSONA, ESPECIFIQUE
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

C5. Cuando se fue del hospital después del nacimiento de [**NOMBRE DEL BEBÉ**], ¿alguien que trabajara en el hospital le dio leche de fórmula?

- ☐ SÍ
- ☐ NO
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

C6. ¿Aproximadamente cuánto tiempo estuvo en el hospital después del nacimiento de [NOMBRE DEL BEBÉ]? [REPEAT AND CONFIRM ANSWER PROVIDED]

_____ DÍAS
_____ SEMANAS
_____ MESES

- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO C7]
☐ NO SABE [GO TO C6a]

C6a. Si no recuerda con exactitud, ¿cuál de los siguientes períodos le parece acertado: Después del nacimiento de [NOMBRE DEL BEBÉ], estuvo en el hospital...: [READ LIST. CHECK ONE.]

- ☐ Menos de 24 horas
☐ Alrededor de 1 día
☐ Entre 2 y 3 días
☐ Entre 4 y 5 días
☐ Alrededor de 1 semana
☐ Entre 2 y 3 semanas
☐ Alrededor de 1 mes o más

C7. ¿[NOMBRE DEL BEBÉ] vino a su casa con usted cuando usted se fue del hospital?

- ☐ SÍ [GO TO D1]
☐ NO [GO TO C7a]
☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO D1]
☐ NO SABE [GO TO C7a]

C7a. ¿Aproximadamente cuánto tiempo estuvo [NOMBRE DEL BEBÉ] en el hospital después del nacimiento? [REPEAT AND CONFIRM ANSWER PROVIDED]

_____ DÍAS
_____ SEMANAS
_____ MESES

- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO D1]
☐ NO SABE [GO TO C7b]

C7b. Si no recuerda con exactitud, ¿cuál de los siguientes períodos le parece acertado: [NOMBRE DEL BEBÉ] estuvo en el hospital... [READ LIST. CHECK ONE.]

- ☐ Menos de 24 horas
☐ Alrededor de 1 día
☐ Entre 2 y 3 días
☐ Entre 4 y 5 días
☐ Alrededor de 1 semana
☐ Entre 2 y 3 semanas
☐ Alrededor de 1 mes o más

Section D: WIC Program Experiences after delivery

INTRO: En esta sección, voy a preguntarle sobre su experiencia con el programa WIC después que usted llegó a su casa del hospital con [NOMBRE DEL BEBÉ].

D1. Después del nacimiento de [NOMBRE DEL BEBÉ], ¿alguna vez tuvo una conversación **telefónica sobre lactancia materna** con una compañera consejera en lactancia materna de WIC? No me refiero a una llamada telefónica para programar una cita o para certificar a su bebé. Le pregunto sobre una conversación telefónica con una compañera consejera en lactancia materna de WIC donde hablaron sobre la lactancia materna.

- ☐ SÍ [GO TO D2]
- ☐ NO [GO TO D3]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO D3]
- ☐ NO SABE [GO TO D3]

D2. ¿Aproximadamente cuánto tiempo después del nacimiento de [NOMBRE DEL BEBÉ] **tuvo por primera vez una conversación telefónica sobre lactancia materna** con una compañera consejera en lactancia materna de WIC?

- ☐ Durante la primera semana hasta 10 días después del nacimiento
- ☐ Alrededor de dos semanas después del nacimiento
- ☐ Entre dos y tres semanas después del nacimiento
- ☐ Alrededor de un mes después del nacimiento
- ☐ Más de un mes después del nacimiento
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

D3. Después del nacimiento de [NOMBRE DEL BEBÉ], ¿se reunió **en persona** con una compañera consejera en lactancia materna de WIC?

- ☐ SÍ [GO TO D4]
- ☐ NO [GO TO D5]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO D5]
- ☐ NO SABE [GO TO D5]

D4. ¿Aproximadamente cuánto tiempo después del nacimiento de [NOMBRE DEL BEBÉ] se reunió **por primera vez en persona** con una compañera consejera en lactancia materna de WIC?

- ☐ Durante la primera semana hasta 10 días después del nacimiento [GO TO E1]
- ☐ Alrededor de dos semanas después del nacimiento [GO TO E1]
- ☐ Alrededor de tres semanas después del nacimiento [GO TO E1]
- ☐ Alrededor de un mes después del nacimiento [GO TO E1]
- ☐ Más de un mes después del nacimiento [GO TO E1]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO E1]
- ☐ NO SABE [GO TO E1]

D5. ¿En algún momento una compañera consejera en lactancia materna de WIC intentó comunicarse con usted después del nacimiento de [NOMBRE DEL BEBÉ]?

- ☐ SÍ [GO TO D5a]
- ☐ NO [GO TO F1]
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO F1]
- ☐ NO SABE [GO TO F1]

D5a. ¿Hubo algún motivo particular por el que no pudo hablar o no quiso hablar con la compañera consejera en lactancia materna de WIC que intentó comunicarse con usted?
DO NOT READ LIST. CHECK ALL THAT APPLY. PROMPT: ¿Algún otro motivo?

- ☐ ESTABA ENFERMA
- ☐ MI BEBÉ ESTABA ENFERMO
- ☐ MI TELÉFONO/TIMBRE DE LA PUERTA NO FUNCIONABA
- ☐ NO ERA UN BUEN MOMENTO
- ☐ ESTABA DURMIENDO/DEMASIADO CANSADA PARA HABLAR
- ☐ NO TENÍA PROBLEMAS PARA ALIMENTAR AL BEBÉ
- ☐ YA HABÍA DECIDIDO QUE NO QUERÍA AMAMANTAR A MI BEBÉ
- ☐ ESTABA TRABAJANDO/EN LA ESCUELA CUANDO INTENTÓ COMUNICARSE CONMIGO
- ☐ INTENTÉ LLAMARLOS PERO NO PUDE COMUNICARME
- ☐ OTROS, ESPECIFICAR:
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

GO TO F1.

Section E: In-Person Meeting With Peer Counselor

E1. ¿Dónde se reunió **por primera vez** en persona con la compañera consejera en lactancia materna de WIC después del nacimiento de [NOMBRE DEL BEBÉ]?

- ☐ EN LA AGENCIA O CLÍNICA DE WIC
- ☐ EN EL HOSPITAL
- ☐ EN MI CASA
- ☐ EN LA CASA DE UN FAMILIAR, AMIGO O VECINO
- ☐ EN OTRO LUGAR, ESPECIFIQUE
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

E2. ¿Cuánto tiempo duró esta **primera** reunión? [~~READ LIST. CHECK ONE RESPONSE.~~]

- ☐ Menos de 30 minutos
- ☐ Entre 30 minutos y una hora
- ☐ Alrededor de una hora
- ☐ Alrededor de una hora y media
- ☐ Alrededor de dos horas
- ☐ Más de dos horas
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

E3. ¿Durante esta reunión con la compañera consejera en lactancia materna de WIC, amamantó a [NOMBRE DEL BEBÉ]?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

E4. ¿Qué temas de la lactancia materna trató con la compañera consejera en lactancia materna de WIC durante esta primera reunión en persona después del nacimiento de [NOMBRE DEL BEBÉ]? [DO NOT READ LIST. MARK RESPONSES(S), THEN PROMPT:] Any ¿Algún otro tema?

- ☐ LA CAPACIDAD DE [NOMBRE DEL BEBÉ] PARA SUCCIONAR O DE PRENDERSE AL PECHO PARA SACAR LECHE
- ☐ EL HORARIO PARA AMAMANTAR O EL APETITO DE [NOMBRE DEL BEBÉ]
- ☐ LA SALUD O EL AUMENTO DE PESO DE [NOMBRE DEL BEBÉ]
- ☐ MI SUMINISTRO DE LECHE
- ☐ TÉCNICAS PARA QUE AMAMANTAR SEA MÁS FÁCIL
- ☐ DOLOR O MOLESTIA AL AMAMANTAR
- ☐ CÓMO AMAMANTAR SI QUIERO VOLVER AL TRABAJO/LA ESCUELA
- ☐ CÓMO USAR UN SACALECHES O GUARDAR LECHE DESPUÉS DE EXTRAERLA CON SACALECHES
- ☐ MOTIVOS POR LOS QUE DEBO TRATAR DE NO USAR LECHE DE FÓRMULA
- ☐ CREENCIAS Y ACTITUDES DEL PADRE DE [NOMBRE DEL BEBÉ], MIS FAMILIARES O AMIGAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA
- ☐ MIS ACTITUDES O CREENCIAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA
- ☐ VERGÜENZA, ANSIEDAD U OTRAS EMOCIONES QUE SIENTO SOBRE AMAMANTAR
- ☐ OTRO TEMA, ESPECIFIQUE
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

E5. ¿La compañera consejera en lactancia materna pudo responder sus preguntas sobre lactancia materna?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

E6. ¿Qué tan cómoda se sintió hablando sobre lactancia materna con la compañera consejera en lactancia materna de WIC durante esta reunión en persona? ¿Muy cómoda, un poco cómoda, un poco incómoda o muy incómoda?

- Muy cómoda
- Un poco cómoda
- Un poco incómoda
- Muy incómoda
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

Section F. Final Questions about Infant Feeding

[IF BFOONLY=1 SKIP TO F2. ELSE GO TO F1]

- F1. ¿Por qué comenzó a darle a su bebé leche de fórmula? **[DO NOT READ LIST. MARK RESPONSE(S) GIVEN, THEN PROMPT:]** ¿Hubo algún otro motivo por el que decidió comenzar a darle leche de fórmula a su bebé? **[DO NOT READ LIST. MARK RESPONSE(S) GIVEN, THEN PROMPT:]** ¿Algún otro motivo?

EL BEBÉ FUE PREMATURO
EL BEBÉ ESTABA ENFERMO O YO ESTABA ENFERMA
DIFICULTAD PARA QUE EL BEBÉ SE PRENDIERA AL PECHO, PARA COLOCARLO
SOBRE EL PECHO
DOLOR, MALESTAR, SEQUEDAD, AGRIETAMIENTO O INFECCIÓN DE LAS
MAMAS O LOS PEZONES
MAMAS DEMASIADO LLENAS/HINCHADAS
EL BEBÉ NO ESTABA RECIBIENDO SUFICIENTE LECHE
AMAMANTAR TOMA DEMASIADO TIEMPO
AMAMANTAR CAMBIARÁ EL ASPECTO DE LAS MAMAS
AMAMANTAR CAUSA PROBLEMAS CON LA VIDA SEXUAL
ME PREOCUPA QUE LA LECHE MATERNA PASE A LA ROPA
LA ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN LE PERMITE AL PADRE DEL BEBÉ O A OTRA
PERSONA ENCARGADA DE SU CUIDADO CREAR VÍNCULOS AFECTIVOS CON ÉL
TUVE QUE VOLVER AL TRABAJO/LA ESCUELA
LE RESULTA INCÓMODO AMAMANTAR EN PÚBLICO
PRESIÓN DE LA FAMILIA O LOS AMIGOS PARA DEJAR DE AMAMANTAR
YO FUMO, Y UNA MUJER QUE FUMA NO DEBE AMAMANTAR A SU BEBÉ
OTROS, ESPECIFIQUE _____
SE NEGÓ A CONTESTAR
NO SABE

Section G: Employment

Ahora voy a hacerle algunas preguntas generales sobre el trabajo, el cuidado de su hijo, y sobre las personas de su hogar.

G1. ¿Trabaja actualmente?

SÍ
NO [**GO TO H1**]
SE NEGÓ A CONTESTAR
NO SABE

G2. En promedio, ¿cuántas horas trabaja a la semana?

_____ horas a la semana
VARIABLE
SE NEGÓ A CONTESTAR
NO SABE

G3. En su opinión, ¿en qué medida su lugar de trabajo apoya la lactancia materna?

No la respalda en absoluto
No la respalda mucho
La respalda en cierta medida
La respalda mucho
SE NEGÓ A CONTESTAR
NO SABE

G4a. ¿En su lugar de trabajo hay alguna sala disponible para que usted pueda amamantar a su bebé?

SÍ
NO
SE NEGÓ A CONTESTAR
NO SABE

G4b. ¿En su lugar de trabajo hay algún otro lugar donde usted pueda amamantar a su bebé? ¿Qué tipo de lugar? [**READ LIST. CHECK ALL THAT APPLY.**]

Baño de damas
Comedor
Sala para el personal, sala de reuniones o una oficina desocupada
Oficina propia
No hay lugares donde las mujeres puedan amamantar
OTROS, ESPECIFIQUE _____
SE NEGÓ A CONTESTAR
NO SABE

[IF STILLBF=1, THEN ASK G5, ELSE GO TO H1]

G5. ¿Cuáles de las siguientes circunstancias describen su situación en las últimas cuatro (4) semanas?
Dígame todas las opciones que correspondan: **[READ LIST. CHECK ALL THAT APPLY.]**

- ☐ Amamanto a mi bebé durante mi día laboral
- ☐ Me extraigo leche con el sacaleches durante mi día laboral y la desecho
- ☐ Me extraigo leche con el sacaleches durante mi día laboral y la guardo para que mi bebé la tome más tarde
- ☐ No amamanto ni me extraigo leche durante mi día laboral
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

Section H: Child Care

H1. ¿Alguna persona además de usted cuidó a su bebé durante más de 3 horas en algún momento la semana pasada?

SÍ
NO [**GO TO K1**]
SE NEGÓ A CONTESTAR
NO SABE

H2. ¿La persona que cuidó a su bebé lo hace en forma regular? Esto podría ser por motivos relacionados con el trabajo o no (por ejemplo, usted tenía clases u otras actividades).

SÍ
NO [**GO TO K1**]
SE NEGÓ A CONTESTAR
NO SABE

H3. ¿Cuántos días la semana pasada su bebé fue atendido por otra persona?

_____ días a la semana [**IF ZERO, GO TO K1**]
SE NEGÓ A CONTESTAR
NO SABE

H4. En un día promedio de la semana pasada, ¿cuántas horas su bebé fue atendido por otra persona?

_____ horas al día
SE NEGÓ A CONTESTAR
NO SABE

Section K: Demographic Characteristics

- K1. ¿Cuántas personas viven actualmente en su casa? Es decir, ¿cuántos adultos y niños que estén con usted todo el tiempo o la mayor parte del tiempo forman parte de su hogar? Inclúyase usted también en el total.

TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR _____

- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
☐ NO SABE

- K2. ¿Cuántas personas de las que viven en su hogar son menores de 18? Incluya todas las personas menores de 18 años incluyendo a [NOMBRE DEL BEBÉ] que estén con usted todo el tiempo o la mayor parte del tiempo.

TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR MENORES DE 18 AÑOS _____

- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
☐ NO SABE

- K3. ¿Cuál es su estado civil? [READ LIST. CHECK ONE ONLY.]

- ☐ Nunca se casó
☐ Casada/vive en pareja
☐ Divorciada
☐ Separada legalmente
☐ Viuda
☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
☐ NO SABE

- K4. ¿Cuál fue el grado/nivel más alto de educación que completó? [DO NOT READ LIST. CHECK ONE ONLY.]

- ☐ NO SE GRADUÓ DE LA ESCUELA SECUNDARIA
☐ SE GRADUÓ DE LA ESCUELA SECUNDARIA O GED
☐ ESTUDIOS UNIVERSITARIOS INCOMPLETOS O GRADO UNIVERSITARIO DE 2 AÑOS DE DURACIÓN
☐ GRADO UNIVERSITARIO DE 4 AÑOS DE DURACIÓN
☐ GRADOUNIVERSITARIO DE MÁS DE 4 AÑOS DE DURACIÓN
☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
☐ NO SABE

[PREFILL K5 TO K8 WITH DATA FROM BASELINE SURVEY IF AVAILABLE]

K5. ¿Cuál es su origen étnico? ¿Es usted...?

- ☐ Hispana o latina
- ☐ Ni hispana ni latina
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

K6. Seleccione una o más categorías para describir su raza.

- ☐ Indígena norteamericana o nativa de Alaska
- ☐ Asiática
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Nativa de Hawai u otras Islas del Pacífico
- ☐ Blanca
- ☐ OTRA, ESPECIFIQUE
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

K7. ¿Dónde nació usted?

- ☐ En uno de los 50 estados de Estados Unidos o el Distrito de Columbia
- ☐ En uno de los territorios de Estados Unidos (INDAGUE: Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de EE. UU., Islas Marianas o Islas Salomón)
- ☐ En otro país (ESPECIFIQUE)
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

K8. ¿Cuándo nació usted?

____ / ____ / ____
(mm dd aaaa)

- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

K9. Indique el ingreso anual total de su hogar. **[READ LIST. CHECK ONE ONLY.]**

- ☐ Menos de \$ 10,000
- ☐ Entre \$10,001 y \$15,000
- ☐ Entre \$15,001 y \$20,000
- ☐ Entre \$20,001 y \$25,000
- ☐ Entre \$25,001 y \$30,000
- ☐ Entre \$30,001 y \$35,000
- ☐ Entre \$35,001 y \$40,000
- ☐ Más de \$40,000
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

K10. ¿Recibe actualmente alguno de los siguientes beneficios? [**READ LIST. CHECK ALL THAT APPLY.**]

- ☐ Beneficios SNAP (Antes, “Estampillas de comida,” o “Food Stamps”)
- ☐ TANF (*Asistencia Temporal Para Familias con Necesidad* o ayuda financiera)
- ☐ Medicaid
- ☐ Asistencia social, o “welfare”
- ☐ SE NEGÓ A CONTESTAR
- ☐ NO SABE

GO TO CLOSING

CLOSING

Gracias.

Como dije antes, en agradecimiento a su participación le daremos un giro postal por valor de \$20. Para que podamos enviárselo por correo, necesito que me diga su nombre y dirección correctos.

Nombre de la participante _____

Dirección _____

Número de apartamento o edificio, etc. _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Como parte del control habitual de la calidad del trabajo que estoy realizando, mi supervisor posiblemente se comunique con usted por teléfono. Quisiera verificar si el número por el que estoy hablando ahora es el número correcto para que la llamemos. El número que tengo es

NÚMERO MARCADO: _____

¿Es correcto?

SÍ

NO [**IF NO, ENTER IN CORRECT NUMBER BELOW**]

NÚMERO CORRECTO _____

Gracias. Le enviaremos su giro postal a la dirección que nos dio.
Gracias nuevamente por su tiempo y su participación.