

**APPENDIX JJ.2:  
POSTPARTUM WOMEN FINAL PAPI SURVEY—SPANISH**

Para uso del personal del proyecto solamente:

Identificación: \_\_\_\_\_

## Encuesta para mujeres después del parto



**WIC** | Nutrition  
Education  
Study

De conformidad con la Ley de reducción del papeleo (Paperwork Reduction Act) de 1995, nadie está obligado a responder a una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control válido para esta encuesta es 0584-XXXX. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es un promedio de 25 minutos, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, juntar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información.

**Por favor complete y regrese la encuesta en el sobre adjunto en la siguiente semana. Su identidad y sus respuestas a la encuesta se mantendrán privadas.** No vamos a compartir su nombre ni su información de contacto con ninguna persona sin su consentimiento. Se puede saltar cualquier pregunta que no desee responder. Deseamos saber acerca de usted y de su niño(a). No hay respuestas correctas ni incorrectas.

**Marque solo una respuesta con una  para cada pregunta** a menos que diga que puede marcar más de una respuesta. Para cambiar su respuesta, llene el cuadro por completo  si la respuesta fue incorrecta. Luego marque la respuesta correcta con una **x** en el cuadro correcto.

**Si tiene preguntas sobre el estudio, por favor envíe un mensaje electrónico a [USDA-wic-nest@rti.org](mailto:USDA-wic-nest@rti.org) o llame gratis al 1-866-800-####.**

1. Por favor escriba la fecha de hoy:

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| (mes) | (día) | (año) |

2. A diferentes personas les gustan diferentes alimentos. ¿Qué tanto le gusta...?

|   | Nunca lo ha probado      | No le gusta para nada    | Le gusta un poco         | Le gusta mucho           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Las verduras   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. La fruta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La leche con bajo contenido de grasa (1%) o sin grasa/leche descremada   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Los granos integrales tales como pan de grano integral, tortillas de harina integral o de maíz, o arroz integral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Las siguientes preguntas son sobre diferentes tipos de alimentos que bebió o comió durante el mes pasado, es decir, en los últimos 30 días. Al responder, por favor incluya comidas o bocadillos que come en casa, en el trabajo o la escuela, en restaurantes y en algún otro lugar.**

3. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió cereal caliente o frío?

- Nunca →→→ **VAYA A LA pregunta 4**
- Una vez el mes pasado
- 2-3 veces el mes pasado
- Una vez a la semana
- Dos veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- Una vez al día
- Más de una vez al día

**3a. En los últimos 30 días, ¿qué tipo de cereal comió usted normalmente?** (Anote el nombre del cereal con letra tipo imprenta.)

**3b. Si hubo otro tipo de cereal que comió usted en los últimos 30 días, ¿qué tipo era?** (Anote el nombre del cereal con letra tipo imprenta o si no comió cereal, déjelo en blanco.)

**4. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó usted algún tipo de leche (ya sea para tomarlo o en cereal)?** Incluya leche regular, leche con chocolate o leche con otros sabores, leche sin lactosa y leche fermentada. **No** incluya leche de soya, leche de almendra, leche de arroz, etc. o pequeñas cantidades de leche que agrega al café o té.

- Nunca →→→ **VAYA A LA pregunta 6**
- Una vez el mes pasado
- 2-3 veces el mes pasado
- Una vez a la semana
- Dos veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- Una vez al día
- Más de una vez al día

**5. En los últimos 30 días, ¿qué tipo de leche normalmente tomaba usted?** (Marque una o más.)

- Leche entera o leche con vitamina D
- Leche con 2% de grasa o leche con menos grasa
- Leche con 1% de grasa o leche con poca grasa
- Leche sin grasa/leche descremada
- Leche de soya
- Leche con chocolate o leche con otro sabor
- Otro: \_\_\_\_\_

**6. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó usted...?**

|   |                          |                             |                                  | Una vez<br>a<br>la<br>se<br>m | Dos<br>a<br>veces<br>a<br>la<br>semana | 3-4<br>veces<br>a<br>la<br>semana | 5-6<br>veces<br>a<br>la<br>se<br>m | Una<br>a<br>vez<br>al<br>día | Más de<br>una<br>vez<br>al<br>día |
|---|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
|   | Nunca                    | Una vez<br>el mes<br>pasado | 2-3<br>veces<br>el mes<br>pasado |                               |  |                                   |                                    |                              |                                   |
| a. <b>Soda o refresco regular</b> que contiene azúcar ( <b>No</b> incluya sodas/refrescos dietéticos)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| b. <b>Jugos 100% de fruta sin agregarle azúcar</b> , como jugos de naranja, mango, manzana, uva y piña  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| c. <b>Café o té con azúcar o miel</b> , como café y té que usted haya endulzado o bebidas de té y café ya endulzadas como <i>Arizona Iced Tea</i> y <i>Frapuchino</i> ( <b>No</b> incluya café y té dietéticos con endulzante artificial como <i>Equal</i> , <i>Sweet’N Low</i> o <i>Splenda</i> )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |
| d. <b>Bebidas de frutas endulzadas, bebidas deportivas o bebidas energizantes</b> , como <i>Kool-Aid</i> , limonada, <i>HiC</i> , bebidas de arándano, <i>Gatorade</i> , <i>Red Bull</i> , <i>Vitamin Water</i> , o jugos de fruta preparados en casa y a los que se les agregó azúcar ( <b>No</b> incluya bebidas dietéticas con endulzante artificial como <i>Equal</i> , <i>Sweet’N Low</i> o <i>Splenda</i> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>          |

**7. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió usted...?**

|  | Nunca                    | Una vez el mes pasado o  | 2-3 veces el mes pasado o | Una vez a la semana      | Dos veces a la semana    | 3-4 veces a la semana    | 5-6 veces a la semana    | Una vez al día           | Más de una vez al día    |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. <b>Fruta</b> , incluya fruta fresca, congelada, seca o enlatada ( <b>No</b> incluya jugos)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <b>Ensalada con hojas verdes o de lechuga</b> , con o sin otras verduras  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <b>Cualquier tipo de papas fritas</b> , incluso <i>French fries</i> , papas fritas o papas ralladas.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <b>Algún otro tipo de papas</b> , como papas horneadas, cocidas, puré de papas; camotes; o ensalada de papas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <b>Frijoles refritos, frijoles horneados, frijoles en sopa, puerco con frijoles o algún otro tipo de frijoles secos guisados</b> ( <b>No</b> incluya ejotes/vainitas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió usted...? (continuación)**

|  | Nunca                    | Una vez el mes pasado    | 2-3 veces el mes pasado  | Una vez a la semana      | Dos veces a la semana    | 3-4 veces a la semana    | 5-6 veces a la semana    | Una vez al día           | Más de una vez al día    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| f. <b>Arroz integral u otros granos integrales guisados</b> , como <i>bulgur</i> , trigo quebrado o mijo ( <b>No</b> incluya arroz blanco)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. <b>Otras verduras</b> , incluya verduras frescas, congeladas, secas o enlatadas. ( <b>No</b> incluya ensaladas verdes, papas o frijoles secos guisados)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. <b>Salsa mexicana de jitomate/tomate</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. <b>Pizza</b> , como pizza congelada, pizza para llevar, pizza en restaurantes y pizza hecha en casa   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. <b>Salsa de tomate</b> que se sirve con spaghetti o con pasta o dentro de otros alimentos como en la lasaña ( <b>No</b> incluya la salsa de tomate en la pizza)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Algún tipo de <b>queso</b> , incluso queso como bocadillo/refrigerio; queso en hamburguesas y sándwiches; y queso en alimentos como lasaña, quesadillas o guisados ( <b>No</b> incluya queso en la pizza) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. <b>Tortillas de maíz o de harina integral</b> ( <b>No</b> incluya tortillas de harina blancas)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. <b>Pan de grano integral</b> , incluso pan tostado y panecillos de trigo integral, de centeno, de avena y pan integral de centeno y en sándwiches ( <b>No</b> incluya pan blanco)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. <b>Chocolate o cualquier otro tipo de golosinas</b> ( <b>No</b> incluya golosinas sin azúcar)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| o. <b>Donas, pan dulce, pan danés, bollos o muffins, o Pop-Tarts</b> (No incluya panes sin azúcar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. <b>Galletas, pastel, tarta o "brownies"</b> (No incluya los que no tienen azúcar)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q. <b>Helado u otros postres congelados</b> (No incluya los que no tienen azúcar)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**8. Cada persona es diferente y come una variedad de alimentos. En estos momentos, ¿hace usted algunas de las siguientes cosas?** (Marque un cuadro en cada hilera.)

|  | NO piensa hacerlo        | Piensa hacerlo           | Planea hacer eso el próximo mes | Ha hecho esto por lo menos 6 meses | Ha hecho esto por 6 meses o MÁS |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| a. Come <b>verduras durante la cena todos los días</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>        |
| b. Come <b>fruta como bocadillo/refrigerio</b> en lugar de galletas o papitas "chips" <b>todos los días</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>        |
| c. Toma <b>leche con poca grasa (1%) o sin grasa/leche descremada</b> en lugar de leche entera o leche con 2% de grasa (con bajo contenido de grasa) <b>todos los días</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>        |
| d. <b>Casi siempre</b> come <b>pan de grano integral</b> en lugar de pan blanco  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>        |
| e. <b>Casi siempre</b> come <b>arroz integral</b> en lugar de arroz blanco   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>        |
| f. <b>Casi siempre</b> come <b>tortillas de harina integral o de maíz</b> en lugar de tortillas de harina blanca   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>        |
| g. Toma <b>jugo con 100% de fruta NO MÁS de una vez al día</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>        |
| h. Toma <b>soda o refresco regular, bebidas de fruta endulzadas, bebidas deportivas o bebidas energizantes NO MÁS de una vez al mes</b>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>        |

**9. ¿Está tratando de...?**

|  | NO piensa hacerlo        | Piensa hacerlo           | Planea hacerlo           | Ya lo está haciendo      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Darle leche materna a su bebé hasta que él/ella tenga por lo menos <b>6 meses de edad</b>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Darle leche materna a su bebé hasta que él/ella tenga por lo menos <b>1 año de edad</b>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Solo darle leche materna a su bebé y <b>NUNCA</b> darle ningún tipo de fórmula durante el primer año de su vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**10. ¿Qué tan segura está de poder...?**

|   | No está segura           | Un poco segura           | Muy segura               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Comer <b>verduras durante la cena todos los días</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Comer <b>fruta como bocadillo/refrigerio</b> en lugar de galletas o 'chips' <b>todos los días</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tomar <b>leche con poca grasa (1%) o sin grasa/leche descremada</b> en lugar de leche entera o con 2% de grasa (bajo contenido de grasa) <b>todos los días</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Comer <b>pan de grano integral</b> en lugar de pan blanco  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Comer <b>arroz integral</b> en lugar de arroz blanco   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Comer <b>tortillas de harina integral o de maíz</b> en lugar de tortillas de harina blanca   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tomar <b>jugo con 100% de fruta NO MÁS de una vez al día</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tomar <b>soda o refresco regular, bebidas de fruta endulzadas, bebidas deportivas o bebidas energizantes NO más de una vez al mes.</b>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**11. ¿Qué tan segura está de poder...?**

|  | No estoy dando pecho     | No estoy segura          | Un poco segura           | Muy segura               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Darle leche materna a su bebé hasta que él/ella tenga por lo menos <b>6 meses de edad</b>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Darle leche materna a su bebé hasta que él/ella tenga por lo menos <b>1 año de edad</b>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Solo darle leche materna a su bebé y <b>NUNCA</b> darle ningún tipo de fórmula durante el primer año de su vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**12. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones...?**

|   | Muy en desacuerdo        | Un poco en desacuerdo    | Un poco de acuerdo       | Muy de acuerdo           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Es <b>fácil comprar</b> fruta y verduras frescas donde vivo          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Es <b>caro comprar</b> fruta y verduras frescas donde vivo           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hay una <b>gran selección</b> de fruta y verduras frescas donde vivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La fruta y verduras frescas son de <b>buena calidad</b> donde vivo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**13. En los últimos 30 días, ¿compró los alimentos WIC que se listan a continuación?**

|                            | Sí                       | No                       | No lo recibí de WIC      |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. <b>Jugo</b>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <b>Fruta y verduras</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c. <b>Leche</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <b>Cereal</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <b>Otros granos integrales</b> (como pan de grano integral, tortillas de harina integral o de maíz, arroz integral) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. <b>Comida para bebé in frascos</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. <b>Leche de fórmula para bebés</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**14. ¿Esto fue cierto para su hogar en los últimos 12 meses?**

|  | Nunca cierto             | A veces cierto           | Con frecuencia cierto    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Nos preocupaba que se nos acabara la comida antes de tener dinero para comprar más            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Los alimentos que comprábamos simplemente no alcanzaban y no teníamos dinero para comprar más | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**15. ¿Con qué frecuencia suceden las siguientes situaciones?**

|  | Rara vez o nunca         | Algunos días             | La mayoría de los días   | Casi todos los días      | Todos los días           |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Como una comida mientras veo televisión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cocino una cena hecha en casa           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Las siguientes preguntas son acerca de cómo alimenta a su bebé.** (Marque un cuadro para cada pregunta.)

**16. ¿Actualmente alimenta a su bebé...?**

- Solo con leche materna
- Solo con leche de fórmula
- Ambas, leche materna y leche de fórmula
- Ni leche materna ni de fórmula

**17. ¿Cuándo alimenta a su bebé leche materna o leche de fórmula?**

- De acuerdo a un horario regular
- Cuando llora el bebé o parece tener hambre
- De ambas maneras
- No** alimento a mi bebé leche materna ni leche de fórmula

**18. ¿Qué edad tenía su bebé cuando él/ella tomaba leche de fórmula todos los días?**

- Al nacer o en el hospital
- Menos de 1 mes de edad
- 1-2 meses de edad
- 3-5 meses de edad
- 6 o más meses de edad
- Mi bebé nunca ha tomado leche de fórmula todos los días

**19. ¿Qué edad tenía su bebé cuando dejó por completo de darle pecho o leche materna de un biberón?**

- Menos de 1 mes de edad
- 1-2 meses de edad
- 3-5 meses de edad
- 6 o más meses de edad
- Nunca le di leche materna a mi bebé
- Todavía le estoy dando leche materna a mi bebé

**20. ¿Qué edad tenía su niño(a) cuando le dio alimentos sólidos por primera vez con una cuchara o en un biberón (algo como cereal infantil o comida para bebé de un frasco o hecho en casa)?**

- Menos de 3 meses de edad
- 4 meses de edad
- 5 meses de edad
- 6 meses o más
- No ha comido alimentos sólidos →→→ **VAYA A LA pregunta 22**

**21. ¿Cuál fue el primer alimento sólido que le dio a su bebé? (Marque uno.)**

- Cereal para bebé
- Verduras
- Fruta
- Carne
- Otro: \_\_\_\_\_

**22. Todas las personas hacen las cosas de diferente manera. Piense en lo que usted hace normalmente en una semana o día. ¿Cuántas veces hace las siguientes cosas? (Marque un cuadro para cada pregunta.)**

|  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8 o más                  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Tomo desayuno ___ veces a la semana             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Salgo a comer ___ veces a la semana             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Como comida rápida ___ veces a la semana        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Veo televisión o videos (DVDs) ___ horas al día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. En los últimos 7 días, ¿durante cuántos días realizó actividades físicas moderadas o vigorosas como caminar, correr, bailar o andar en bicicleta? Piense solo en actividades físicas que realizó por lo menos durante 10 minutos a la vez. (Circule un número.)**

0    1    2    3    4    5    6    7



**Si circuló 0 →→→ VAYA A LA pregunta 25**

**24. En los días que realizó más de 10 minutos de actividades físicas moderadas o vigorosas, ¿cuántos minutos en un día normalmente dedicó a estas actividades físicas?**

- 10-20 minutos
- 21-30 minutos
- 31-40 minutos
- 41-50 minutos
- 51-60 minutos
- Más de 60 minutos

**25. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia su familia o amistades hicieron lo siguiente?**

|  | Casi nunca               | De vez en cuando         | A veces                  | Con frecuencia           | Casi siempre             |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. La animaron a comer alimentos saludables        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Reclamaron tener que comer alimentos saludables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La animaron a realizar actividades físicas      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hacen actividades físicas con usted             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**26. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usted...?**

|   | Casi nunca               | De vez en cuando         | A veces                  | Con frecuencia           | Casi siempre             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Planeó las comidas con anticipación                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usó los datos sobre nutrición en las etiquetas para elegir los alimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**27. ¿Quién en su familia recibe actualmente beneficios de WIC? (Marque todas las respuestas que correspondan.)**

- Yo, porque estoy embarazada
- Yo, porque hace poco di a luz
- Mi bebé de menos de 12 meses de edad
- Mi(s) niño(a)(s) de más de 12 meses de edad
- Nadie de mi familia →→→ **VAYA A LA pregunta 29**

**28. ¿Proviene sus beneficios de WIC de la oficina de WIC de \_\_\_\_\_**  
**[INSERT BEFORE SURVEY GIVEN TO PARTICIPANT?]**

- Sí
- No, estoy recibiendo WIC de otra oficina WIC
- No, no he recibido WIC desde (anote la información)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 (mes)                      (año)

**29. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó una oficina de WIC y obtuvo información sobre la salud o sobre comer en forma saludable? Incluya el día que se inscribió en este estudio.** No incluya visitas por otras razones como recoger un instrumento/vale para comida o llevar a una amistad a su cita.

- Ninguna →→→ **VAYA A LA pregunta 57**
- Una vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces
- 5 veces
- 6 o más veces

**30. En los últimos 6 meses, durante la(s) visita(s) a WIC, ¿cuántas veces...?** Incluya su visita más reciente.

|  | Nunca                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6 o más                  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. <b>Habló en forma individual con un miembro del personal de WIC</b> sobre la salud o sobre comer en forma saludable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <b>Asistió a una sesión de grupo</b> sobre la salud o sobre comer en forma saludable                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <b>Vio un video/DVD</b> sobre la salud o comer en forma saludable   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <b>Usó el sitio web (en Internet) de WIC</b> sobre la salud o sobre comer en forma saludable                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**31. Entre sus visitas a WIC en los últimos 6 meses, ¿qué recibió de WIC con información que le ha hablado de la salud o la alimentación saludable? No** incluya cosas que obtuvo durante su visita a WIC. *(Marque todas las respuestas que correspondan.)*

- Llamada telefónica personal
- Mensaje de texto
- Mensaje de correo electrónico
- Educación por Internet que yo podía acceder desde mi casa o desde otro lugar
- Una invitación o un enlace para Facebook, Twitter u otro medio de comunicación social
- Folleto o panfleto enviado por correo
- Nada de lo anterior

**Las siguientes preguntas son sobre su visita más reciente a WIC en la que recibió información sobre la salud o sobre comer en forma saludable.**

**32. ¿Cuándo fue su visita más reciente a WIC?**

- Hace menos de 2 semanas
- Hace 2 a 4 semanas
- Hace 1 a 2 meses
- Hace más de 2 meses

**33. ¿Qué hizo durante su visita más reciente a WIC?** (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Habló personalmente con un empleado de WIC sobre su salud o sobre comer en forma saludable
- Dedicó tiempo en una sesión de grupo acerca de la salud o sobre comer en forma saludable
- Usó un sitio web (en Internet) de WIC acerca de la salud o sobre comer en forma saludable
- Vio un video/DVD de WIC acerca de la salud o sobre comer en forma saludable
- Nada de lo anterior

**34. Pensando en su visita más reciente a WIC, ¿qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada declaración?**

|   | Muy en desacuerdo        | Un poco en desacuerdo    | Un poco de acuerdo       | Muy de acuerdo           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Aprendí buenas <b>razones</b> para comer en forma saludable                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Aprendí buenas <b>maneras</b> para comer en forma saludable                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Aprendí buenas <b>razones</b> para dar pecho                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Aprendí buenas <b>maneras</b> para dar pecho                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Aprendí buenas <b>razones</b> para empezar a dar alimentos sólidos a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Aprendí buenas <b>maneras</b> para empezar a dar alimentos sólidos a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**35. Algunas personas dicen que las visitas a WIC son más útiles que otras. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe la información que usted recibió en su visita más reciente a WIC?** (Marque solo un cuadro.)

- La información fue **útil** porque era nueva para mí.
- La información fue **útil**. Yo conocía la información, pero fue bueno volver a escucharla.
- La información **no** fue **tan útil** porque ya la sabía.
- La información **no** fue **tan útil** porque no me correspondía.

**36. ¿Cuál de los siguientes declaraciones mejor describe su visita más reciente a WIC?** (Marque solo un cuadro.)

- Ninguno de mis niños estaba conmigo durante la visita
- Uno de mis niños estaba conmigo y fue **difícil** escuchar la información de WIC
- Uno de mis niños estaba conmigo pero fue **fácil** escuchar la información de WIC

**37. Durante su visita más reciente a WIC, ¿le mostró el empleado de WIC alguno de los siguientes artículos o actividades o usó algo de esto mientras hablaba sobre la salud o sobre comer en forma saludable?** (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Folleto, boletín u hoja informativa
- Tablero de anuncios o poster

- Video/DVD
- Una demostración de cocina o le dio a probar alimentos
- Actividad o juego
- Otros artículos que podían pasar de una persona a otra como tazas de medir, contenedores de alimentos, etc.
- Nada de lo anterior
- Otro: \_\_\_\_\_

**38. Después de 6 a 12 meses de inscribirse en WIC, ellos le piden un comprobante de domicilio o de ingresos para confirmar que puede estar en WIC. ¿Llevó algún comprobante durante su visita más reciente a WIC?**

- Sí
- No

**39. Durante su visita más reciente a WIC, ¿cuánto tiempo habló usted personalmente con un empleado de WIC acerca de la salud o sobre comer en forma saludable?**

- No** habló personalmente acerca de la salud o sobre comer en forma saludable →→→ **VAYA A LA pregunta 45**
- Menos de 5 minutos
- 5-15 minutos
- 16-30 minutos
- Más de 30 minutos

**Responda a las preguntas 40 a 44 solo si habló personalmente con un empleado de WIC durante su visita más reciente a WIC. (Si la reunión no fue en forma individual, vaya a la pregunta 45.)**

**40. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su reunión personal más reciente con un empleado de WIC? (Marque lo que sucedió la mayoría de las veces.)**

- El empleado de WIC decidió el tema de la conversación
- Yo decidí el tema de la conversación
- El empleado de WIC y yo decidimos el tema de la conversación

**41. Un objetivo de salud significa tratar de ser más saludable cambiando algo que se hace. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su reunión personal más reciente con un empleado de WIC? (Marque lo que sucedió la mayoría de las veces.)**

- Él/ella me dio ideas para establecer **objetivos de salud** para mí o para mi niño(a)
- Él/ella habló acerca de **objetivos de salud**, pero **no** establecí ninguno
- Él/ella **no** habló acerca de establecer **objetivos de salud**

**42. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada declaración acerca de su visita más reciente con un empleado de WIC?**

|   | Muy en desacuerdo        | Un poco en desacuerdo    | Un poco de acuerdo       | Muy de acuerdo           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. El empleado de WIC habló la mayor parte del tiempo                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El empleado de WIC me escuchó y entendió mis preocupaciones                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El empleado de WIC tomó cuidado de los asuntos o preguntas de mi última visita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**43. ¿Habló sobre este tema en su reunión personal?** (Marque un cuadro para cada tema a continuación.)

|  | Hablamos sobre esto      | NO hablamos sobre esto   |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Comer más <b>frutas y verduras</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Comer más <b>granos integrales</b> como de grano integral, tortillas de harina integral o de maíz, o arroz integral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tomar <b>leche con poca grasa (1% o sin grasa/leche descremada)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Realizar más <b>actividad física</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <b>Comprar y preparar alimentos más saludables</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tomar <b>agua</b> en lugar de soda y bebidas con azúcar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. <b>Dar pecho</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. <b>Empezar a dar alimentos sólidos</b> a mi bebé  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**44. ¿Ha hecho o piensa hacer un cambio en su alimentación o sus actividades desde que habló sobre el tema?** (Marque un cuadro para cada tema que se comentó.)

| NO pienso hacerlo        | Estoy pensando hacerlo   | Planeo hacerlo           | Ya lo estoy haciendo     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**45. Durante su visita más reciente a WIC, ¿cuánto tiempo se dedicó en la sesión de grupo a hablar sobre la salud o sobre comer en forma saludable?**

- No estuve en una sesión de grupo →→→ **VAYA A LA pregunta 51**
- Menos de 5 minutos
- 5-15 minutos
- 16-30 minutos
- Más de 30 minutos

**Responda a las preguntas 46 a 50 solo si dedicó tiempo en una sesión de grupo en su visita más reciente a WIC. (Si no estuvo en una sesión de grupo, VAYA A LA pregunta 51.)**

**46. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su sesión de grupo más reciente de WIC?** (Marque lo que sucedió la mayoría de las veces.)

- Él/ella habló la mayor parte del tiempo y se detenía para ver si teníamos preguntas
- Vimos un video/DVD y al final él/ella pedía saber si teníamos preguntas
- Él/ella compartió información y tuvimos una conversación. Él/ella me preguntó a mí y a las otras personas en el grupo acerca de nuestros pensamientos y opiniones.



**47. Un objetivo de salud significa tratar de ser más saludable cambiando algo que se hace. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su sesión de grupo más reciente con un empleado de WIC? (Marque lo que sucedió la mayoría de las veces.)**

- Él/ella me dio ideas para establecer objetivos de salud para mí o mi niño(a)
- Él/ella habló acerca de objetivos de salud, pero no establecí ninguno
- Él/ella no habló acerca de establecer objetivos de salud

**48. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada declaración acerca de su sesión de grupo más reciente de WIC?**

|   | Muy en desacuerdo        | Un poco en desacuerdo    | Un poco de acuerdo       | Muy de acuerdo           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. El empleado de WIC escuchó al grupo y entendió nuestras dudas                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tuve la oportunidad de hablar o preguntar información de temas importantes para mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**49. ¿Habló usted sobre este tema en su sesión de grupo? (Marque un cuadro para cada tema a continuación.)**

**50. ¿Ha hecho o piensa hacer un cambio en su alimentación o actividades desde que habló sobre el tema? (Marque un cuadro para cada tema que se comentó.)**

|  | Hablamos sobre esto      | NO hablamos sobre esto   |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Comer más <b>frutas y verduras</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Comer más <b>granos integrales</b> como pan de grano integral, tortillas de harina integral o de maíz, o arroz integral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tomar <b>leche con poca grasa (1% o sin grasa/leche descremada)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Realizar más <b>actividad física</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <b>Comprar y preparar alimentos más saludables</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tomar <b>agua</b> en lugar de soda y bebidas con azúcar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. <b>Dar pecho</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. <b>Empezar a dar alimentos sólidos</b> a mi bebé  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  | NO pienso hacerlo        | Estoy pensando hacerlo   | Planeo hacerlo           | Ya lo estoy haciendo     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Comer más <b>frutas y verduras</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Comer más <b>granos integrales</b> como pan de grano integral, tortillas de harina integral o de maíz, o arroz integral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tomar <b>leche con poca grasa (1% o sin grasa/leche descremada)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Realizar más <b>actividad física</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <b>Comprar y preparar alimentos más saludables</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tomar <b>agua</b> en lugar de soda y bebidas con azúcar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. <b>Dar pecho</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. <b>Empezar a dar alimentos sólidos</b> a mi bebé  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**51. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe cómo usó el sitio web (en Internet) de WIC con información sobre la salud o sobre comer en forma saludable en los últimos 6 meses?**

*(Marque todas las respuestas que correspondan.)*

- Usé un sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **en la oficina de WIC** por mí misma
- Usé un sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **en lugar de ir a la cita de WIC**
- Usé un sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **antes o después de ir a la cita de WIC**
- No** usé un sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable en los últimos 6 meses →→→ **VAYA A LA pregunta 56**

**Responda a las preguntas 52 a 55 solo si usó un sitio web (en Internet) de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable en los últimos 6 meses. (Si usted no usó un sitio web (en Internet) de WIC, vaya a la pregunta 56.)**

**52. ¿Cuánto tiempo usó el sitio web (en Internet) de WIC?** Incluya el tiempo dentro y fuera de la oficina de WIC.

- Menos de 5 minutos
- 5-15 minutos
- 15-30 minutos
- Más de 30 minutos

**53. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor cómo seleccionó el tema del sitio web (en Internet) de WIC?** *(Marque una.)*

- Había una lista de temas y yo misma seleccioné uno
- Había una lista de temas y un empleado de WIC me ayudó a seleccionar uno
- Había un solo tema disponible
- Otro: \_\_\_\_\_

**54. ¿Leyó o vio sobre este tema en el sitio web (en Internet) de WIC?** *(Marque un cuadro para cada tema a continuación.)*

**55. ¿Ha hecho o piensa que hará cambios en su alimentación o sus actividades después de leer/ver información sobre este tema?** *(Marque un cuadro para cada tema que leyó/vio.)*

|  | Leí / vi esto            | NO leí / vi esto         |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Comer más <b>frutas y verduras</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Comer más <b>granos integrales</b> como pan de grano integral, tortillas de harina integral o de maíz, o arroz integral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tomar <b>leche con poca grasa (1% o sin grasa/leche descremada)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Realizar más <b>actividad física</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <b>Comprar y preparar</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| NO pienso hacerlo        | Estoy pensando hacerlo   | Planeo hacerlo           | Ya lo estoy haciendo     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>alimentos más saludables</b>                            |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| f. Tomar <b>agua</b> en lugar de soda y bebidas con azúcar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. <b>Dar pecho</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. <b>Empezar a dar alimentos sólidos</b> a mi bebé        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**56. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe cómo usó el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable en los últimos 6 meses?** (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Vi el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **en la oficina de WIC** por mí misma
- Vi el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **en la oficina de WIC** en un grupo
- Vi el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **en lugar de ir a la cita de WIC**
- Vi el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable **antes o después de ir a la cita de WIC**
- No** he visto el video/DVD de WIC sobre la salud o sobre comer en forma saludable en los últimos 6 meses

**57. ¿Cuál describe mejor su estado civil actual? ¿Está usted...?** (Marque su mejor respuesta.)

- Casada
- Viuda
- Divorciada
- Separada
- Soltera o nunca se ha casado
- Vive con una pareja

**58. ¿Está actualmente embarazada?**

- No. No me he embarazado desde que me inscribí en el estudio
- Sí, mi fecha de parto es (escriba la fecha) \_\_\_\_\_  

(mes)
(día)
(año)
- No, tuve a mi bebé \_\_\_\_\_ el (escriba la fecha)  

(mes)
(año)
- No, perdí al bebé o terminé el embarazo

**59. En los últimos 6 meses, ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tenía...?**

|  | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Anemia o tenía bajo el nivel de hierro                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Subió demasiado de peso                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Diabetes, diabetes gestacional o nivel de azúcar alto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Presión arterial alta                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**60. ¿Está actualmente trabajando por pago ya sea de tiempo completo o de tiempo parcial?**

- Sí, tiempo completo
- Sí, tiempo parcial
- No

**61. ¿Cuántas personas viven en su hogar actualmente?**

|  | <b>Número<br/>(Si no hay ninguno, anote cero.)</b> |
|--|--|
| a. Bebés menores de 12 meses de edad               |  |
| b. Niños de 1 a 4 años de edad                     |  |
| c. Niños de 5 a 17 años de edad                    |  |
| d. Adultos de 18 años o más (inclúyase a sí misma) |  |

**62. ¿Cuántas personas en su hogar están en WIC actualmente?** Por favor inclúyase a sí misma.

\_\_\_\_\_

**63. ¿Tiene un arreglo de cuidado de niños regular para su hijo(a) más joven en el cual otra persona que no es de la familia cuida de él/ella normalmente?**

- Sí →→→ ¿Cuántas **horas a la semana** está su niño(a) normalmente en el cuidado de niños?  
\_\_\_\_\_
- No

**64. ¿Cuál de los siguientes beneficios recibe usted ahora?** (Marque todas las respuestas que correspondan.)

- Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, a veces llamado **SNAP o cupones de alimentos «Food Stamps»**
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, a veces llamada **TANF o asistencia social «welfare»**
- Medicaid o \_\_\_\_\_ [INSERT STATE-SPECIFIC NAME FOR MEDICAID]
- Head Start
- Alimentos de un banco de alimentos, dispensa de comida o comedores de beneficencia
- Otro programa de asistencia de alimentos; especifique: \_\_\_\_\_
- No recibo ninguna otra asistencia además de WIC

**65. En los últimos 6 meses, ¿qué temas se hablaron en WIC, ya sea en su reunión personal o en una sesión de grupo o vio en videos/DVD o sitios Web (en Internet)?** (Marque todas las respuestas que correspondan.)

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Esto no corresponde, no he estado en WIC en los últimos 6 meses→→→ <b>VAYA A LA pregunta 67</b> | <input type="checkbox"/> |
| a. Lactancia materna o dar pecho  | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo pasar de dar pecho al biberón   | <input type="checkbox"/> |
| c. Beber leche/seleccionar leche con poca grasa   | <input type="checkbox"/> |
| d. Beber agua   | <input type="checkbox"/> |
| e. Frutas y verduras  | <input type="checkbox"/> |

**66. Ponga una marca √ en el cuadro del tema que comentó o vio que fue **MÁS útil**.** (Solo marque UN cuadro.)

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| f. Comer bocadillos/refrigerios saludables   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Un peso saludable para mí misma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Empezar a dar alimentos sólidos a mi bebé   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Condiciones médicas como bajo nivel de hierro o alto nivel de azúcar en la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Actividad física  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Niños que no les gusta comer ciertos alimentos                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Compra y preparación de alimentos saludables                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Sodas y bebidas con azúcar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Granos integrales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Nada de lo anterior   | <input type="checkbox"/> |                          |

**67. ¿Qué actividades o cambios piensa que puede hacer WIC en la educación sobre nutrición para que sea más útil para usted?**

***¡Muchas gracias por completar la encuesta!***

***Usted ha completado la última encuesta.***

***¡Muchas gracias por tomar parte en el Estudio de Educación sobre Nutrición de WIC (NEST, por sus siglas en inglés)!***