

**ATTACHMENT B-2: USDA WIC Brand Health and Campaign Strategy Survey (Spanish)  
2023 Baseline**

1. You can take this survey in English or Spanish. Which would you prefer?  
Ud. puede completar esta encuesta en Ingles o en Español, cual prefiere?
- 1 English/Ingles
  - 2 **Español/Spanish**
  - 3 Neither/Ninguno [TERMINATE]

**SCREEN 1: PRIVACY ACT STATEMENT**

**Autoridad legal:** El USDA está autorizado a recopilar esta información en virtud de 42 USC 12651d (b) (13), (14) y (c)(11).

**Objetivo:** Esta información se utilizará para informar una campaña de concientización y reclutamiento para aumentar la familiaridad y el eventual interés en participar en los programas del USDA.

**Uso de rutina:** La información puede ser divulgada para cualquier uso permitido por la ley. La información solo se utilizará en conjunto sin datos de identificación personal y, por lo tanto, no está sujeta a la Ley de Privacidad.

**Divulgación:** Toda la información se recopilará de forma privada y solo se informará de forma anónima, sin ninguna asociación con su información o datos personales. Cualquier información que permita la identificación de la persona se protegerá y será utilizada únicamente por las personas involucradas en la encuesta y para los fines de esta, excepto que la ley exija lo contrario.

La participación en esta investigación es voluntaria y no existen sanciones por negarse a responder cualquier pregunta. Sin embargo, su cooperación para obtener esta información tan necesaria es sumamente importante para asegurar la integridad de los resultados.

Para continuar, haga clic en **SIGUIENTE**.

**SCREEN 2: CONSENT FORM**

Se le invita a participar en un estudio de investigación en nombre del Servicio de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Service, FNS) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) para dar a conocer una Campaña de Difusión Nacional. Si acepta participar en este estudio, se le pedirá que complete una encuesta en línea. Completar esta encuesta le tomará aproximadamente 20 minutos.

Es posible que no se beneficie directamente de esta investigación; sin embargo, esperamos que su participación en el estudio pueda ayudar al Servicio de Alimentos y Nutrición a determinar cómo

comunicarse mejor con el público en general sobre programas específicos.

Usted acepta hacer preguntas sobre el estudio si no entiende algo. Si tiene preguntas una vez finalizado el estudio, puede comunicarse con Mariel Molina al 703-842-0200.

Al hacer clic en "Acepto" a continuación, usted confirma que tiene al menos 18 años de edad, que ha leído y comprendido este formulario de consentimiento y que acepta participar en este estudio de investigación. Imprima una copia de esta página para conservarla en sus registros.

- 1 Acepto
- 2 No acepto

**IF CLICKS 'I DO NOT AGREE', TERMINATE. MUST CLICK 'I AGREE' TO CONTINUE.**

### SCREEN 3: OMB BURDEN STATEMENT

**DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y PRESUPUESTO DE ESTADOS UNIDOS (OMB):** Esta información se recopila con el fin de asistir al Servicio de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Service, FNS) para el desarrollo de una Campaña de Difusión Nacional para dar a conocer los beneficios para la salud y la nutrición asociados con programas específicos. Esta es una recopilación voluntaria y el FNS utilizará la información para satisfacer las necesidades y comprender las actitudes de los participantes actuales de los programas, así como también de las personas que son elegibles, pero no participan. En esta recopilación no se solicita ninguna información de identificación personal de conformidad con la Ley de Privacidad de 1974. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, una agencia no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información, y una persona tampoco debe responder a una, a menos que se muestre un número de control válido de la OMB en la misma. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0584-0524. El promedio de tiempo necesario que se estima para completar esta recopilación de información es de 29 minutos, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, Declaración de la Ley de Privacidad, Formulario de Consentimiento, buscar en fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Puede enviar comentarios sobre este cálculo estimado de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas las sugerencias para reducir esta carga, a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22306 ATTN: PRA (0584-0524). No devuelva el formulario completado a esta dirección.

Para continuar, haga clic en **SIGUIENTE**.

### SCREENING

**Las primeras preguntas tienen como fin saber un poco acerca de usted.**

- 2. Usted es...  
*Marque todas las opciones que correspondan.*

1. Mujer
2. Hombre
3. Transgénero, no binario o de otro género

3. ¿En qué año nació? [SCREENING FOR AGES 18-34; ALL OTHER TERM]

**PROGRAMMER CREATE VARIABLE FOR EACH BUCKET**

- |    |                   |           |
|----|-------------------|-----------|
| 1  | Under 18          | TERMINATE |
| 2  | 18-23             |           |
| 3  | 24-29             |           |
| 4  | 30-34             |           |
| 5  | 35-39             | TERMINATE |
| 6  | 40-44             | TERMINATE |
| 7  | 45-49             | TERMINATE |
| 8  | 50-54             | TERMINATE |
| 9  | 55-59             | TERMINATE |
| 10 | 60-64             | TERMINATE |
| 11 | 65-75             | TERMINATE |
| 12 | 76 or older       | TERMINATE |
| 13 | Prefer not to say | TERMINATE |

4. ¿En qué estado vive? [PULL DOWN MENU; SET QUOTAS BY 4-WAY REGION OVERALL]

5. ¿En qué tipo de comunidad vive?

- 1 Urbana, que está dentro de una ciudad
- 2 Suburbios, justo en las afueras de una ciudad
- 3 Pueblo pequeño o zona rural, alejada de una ciudad, como en el campo

**SHOW Q6 & Q7 ON SAME SCREEN**

6. ¿Es usted de ascendencia hispana o latina?

- 1 Si, hispano(a) o latino(a)
- 2 No, no soy hispano(a) o latino(a)
- 3 Prefiero no contestar

7. Para asegurarnos de contar con una muestra de respuestas representativas, ¿cuál de las siguientes categorías describe su procedencia étnica o raza?

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- 1 Asiático(a)
- 2 Blanco(a) o caucásico(a)
- 3 Indio(a) Americano(a) o nativo(a) de Alaska
- 4 Nativo(a) de Hawái o de otras Islas del Pacífico
- 5 Negro(a) / afroamericano(a)
- 6 Otro
- 7 Prefiero no divulgarlo

**OVERSAMPLES:**

**N=400 BLACK ADULTS (Q7=2)**

**N=400 HISPANIC ADULTS (Q6=1)**

**N=400 RURAL WHITE ADULTS (Q5=3, Q6=2, Q7=1 ONLY)**

**[ASK HISPANIC AUDIENCE ONLY, Q6=1]**

**[ACCULTURATION WILL BE DETERMINED USING Q8+q9+q10]**

**[Q8-10 USES A POINTS SYSTEM; POINTS ARE LISTED NEXT TO RESPONSES BELOW IN BRACKETS]**

**[ACCULTURATION LEVELS ARE AS FOLLOWS:**

	<b>Q8-10 POINTS TOTAL</b>
<b>UNACCULTURATED</b>	<b>11-15</b>
<b>BI-CULTURAL</b>	<b>6-10</b>
<b>ACCULTURATED</b>	<b>1-5</b>

**8. [ASK HISPANIC AUDIENCE ONLY, Q6=1] ¿Qué idioma suele hablar usted en su hogar?**

**[ALTERNATE 1 TO 5 AND 5 TO 1, ANCHOR OTHER]**

- 1 Solo español [5 POINTS]
- 2 Mayormente español [4 POINTS]
- 3 Español e inglés por igual [3 POINTS]
- 4 Mayormente inglés [2 POINTS]
- 5 Solo inglés [1 POINT]
- 6 Otro [0 POINTS]

**9. [ASK HISPANIC AUDIENCE ONLY, Q6=1] Pensando en sus hábitos con respecto a los medios de comunicación, entre otros, televisión, Internet, redes sociales, radio y revistas y periódicos impresos, ¿diría que usa...?**

**[ALTERNATE 1 TO 5 AND 5 TO 1, ANCHOR OTHER]**

- 1 Medios de comunicación en español únicamente [5 POINTS]
- 2 Medios de comunicación principalmente en español [4 POINTS]
- 3 Medios de comunicación en español e inglés por igual [3 POINTS]
- 4 Medios de comunicación principalmente en inglés [2 POINTS]
- 5 Medios de comunicación en inglés únicamente [1 POINT]
- 6 Otro [0 POINTS]

**10. [ASK HISPANIC AUDIENCE ONLY, Q6=1] Pensando en su identificación cultural general, ¿diría que se siente...?**

**ALTERNATE SHOWING 1 TO 5, 5 TO 1**

- 1 Mucho más cerca de la cultura hispana/latina [5 POINTS]
- 2 Algo más cerca de la cultura hispana/latina [4 POINTS]
- 3 Igual de cerca de la cultura hispana que de la cultura estadounidense [3 POINTS]
- 4 Algo más cerca de la cultura estadounidense [2 POINTS]
- 5 Mucho más cerca de la cultura estadounidense [1 POINT]

**[ASK HISPANIC AUDIENCE ONLY, Q6=1]**

**11. ¿De cuál(es) de los siguientes lugares son usted, su familia o sus ancestros?**

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

1. Antigua and Barbuda
2. Argentina
3. Bahamas
4. Barbados
5. Belize
6. Bolivia
7. Chile
8. Colombia
9. Costa Rica
10. Cuba
11. Dominica
12. República Dominicana
13. Ecuador
14. El Salvador
15. Grenada
16. Guatemala
17. Guyana
18. Haití
19. Honduras
20. Jamaica
21. México
22. Nicaragua
23. Panamá
24. Paraguay
25. Perú
26. Puerto Rico
27. Santa Lucía
28. San Vicente y las Granadinas
29. España
30. Suriname
31. Trinidad and Tobago
32. Uruguay
33. United States
34. Venezuela
35. Otra opción; especifique [ANCHOR]

**[RESUME ASKING EVERYONE]**

12. ¿Es usted el padre, la madre o el/la tutor(a) legal de un(a) niño(a) que viva con usted, aunque sea a tiempo parcial?
  - 1 Si
  - 2 No
  - 3 Prefiero no divulgarlo

**[IF Q12=1, YES]**

13. ¿Qué edad tiene el niño/la niña que vive con usted?  
*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- 1 Entre 0 y menos de 3 meses
- 2 Entre 3 y menos de 6 meses
- 3 Entre 6 y menos de 9 meses
- 4 Entre 9 meses y menos de 1 año
- 5 De 1 año a menos de 2 años
- 6 De 2 años a menos de 3 años
- 7 De 3 años a menos de 4 años
- 8 De 4 años a menos de 5 años
- 9 De 5 años a menos de 10 años
- 10 De 10 años a 18 años
- 11 Ningún niño(a) vive conmigo

14. ¿Está usted o su pareja embarazada actualmente o está tratando de quedar embarazada durante el próximo año?

- 1 Actualmente buscando un embarazo
- 2 Considerando intentar quedar embarazada el próximo año (pero aún no lo está intentando)
- 3 Actualmente embarazada
- 4 Ninguna de las anteriores

**PROGRAMMING: MUST BE CURRENTLY PREGNANT OR INTEND TO BE PREGNANT IN NEXT YEAR (Q14=1, 3) OR HAVE CHILD <5 YEARS (Q13=1-8), ALL OTHERS TERMINATE**

**CODE AUDIENCES:**

- Currently Pregnant (Q14=3) → Quota n=100 for WIC Participants and n=100 for WIC Eligibles
- Currently trying to become pregnant (Q14=1) → SOFT QUOTA TO NUMBERS IN TABLE, BELOW
- Child <1 year (Q13=1-4) → QUOTA TO NUMBERS IN TABLE, BELOW
- Child 1-<5 years (Q13=5-8) → QUOTA TO NUMBERS IN TABLE, BELOW
- First child (only 1 item from 1-8 selected in q13 and q14=2,4; OR no children in household (q12=2,3 or q13=11) and q14=1, 3)

**[PROGRAMMING: AFTER Q24, CATEGORIZE RESPONDENTS AS PARTICIPANT OR ELIGIBLE. IF RESPONDENT SELECTS MULTIPLE OF: PREGNANT, INFANT <1 YEAR, OR CHILD 1-<5 YEARS, CODE TO LEAST FULL BUCKET. ONLY CODE TO TRYING TO BECOME PREGNANT IF RESPONDENT DOES NOT QUALIFY FOR ONE OF THE OTHER THREE AUDIENCES]**

Audience	WIC Participants* (n≈1,400-1,500)	WIC Eligibles* (n≈1,500-1,600)
Trying to become pregnant	--	n≈100
Pregnant	n≈100	n≈100
Has infant 0-1 year of age	n≈580	n≈380
Has child 1-4 yrs. 11 mos. of age	n≈790	n≈980

**[ASK IF “first child”=yes per logic above]**

14A. [IF Q13=1-8: ¿Es su hijo(a) {insert from Q13}/ IF Q14=1,3: ¿Será] su primer hijo(a)?

- 1 Si
- 2 No [PROGRAMMER NOTE: FLAG AS POTENTIAL CHEATER FOR REVIEW]

**[ASK IF Q13<6]**

15. Actualmente, ¿cómo alimenta usted o su pareja a su hijo(a) de 2 años de edad o menos?

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- 1 Lactancia materna (incluyendo extracción de leche)
- 2 Fórmula infantil/sustitutos de leche materna
- 3 Comida en puré (puede incluir comida para bebés en frasco o bolsa, comida en puré o trituradas hechas en casa, etc.)
- 4 Alimentos sólidos que no se trituran ni se hacen puré
- 5 Otra opción; describa:

**[ASK IF Q15 NE 1]**

16. ¿Alguna vez ha amamantado usted o su pareja a su hijo de 2 años o menos?

- 1 Si
- 2 No

**CODE AUDIENCES:**

- **Currently Breastfeed or Have Breastfed (Q15=1 OR Q16=1) → Quota n=100 for WIC Participants and n=100 for WIC Eligibles**

17. ¿Cuántas personas viven con usted habitualmente y forman su “hogar”, incluido(a) usted? Su hogar son todas las personas que viven en su casa (incluidos los niños) y comparten los ingresos y los gastos (facturas, alimentos, etc.). Su hogar puede incluir personas que están relacionadas con usted y personas que no lo están. Consulte las reglas a continuación sobre a quién debe incluir como parte de su hogar. Puede pasar el mouse sobre el elemento o tocarlo para obtener más información.

**NOTE: THE BOLDED CATEGORIES BELOW WILL BE SHOWN ON THE SAME PAGE. RESPONDENTS WILL BE ABLE TO CLICK OR HOVER TO VIEW THE BULLETED INFORMATION ABOUT EACH GROUP**

**Adultos no casados que viven juntos:**

- Si vive con su novio, novia, prometida, pareja de hecho, etc., inclúyalos en su hogar. Si vive con otras personas que se proporcionan ayuda económica, como facturas, comida, etc., inclúyalas en su hogar.

**Padres divorciados o separados:**

- Si su hijo vive con usted la mayor parte del tiempo, inclúyalo en su hogar. Si el otro progenitor de su hijo vive con usted, inclúyalo en su hogar.

**Padrastrros/Madrastras:**

- Si el padrastro o la madrastra de su hijo vive con usted, inclúyalo en su hogar.

**Estudiantes fuera de casa por estudios:**

- Si proporciona ayuda económica, como comida, facturas, etc., a un estudiante que no vive con usted, inclúyalo en su hogar.

**Hijos adultos que viven con los padres:**

- Si vive con sus padres u otros familiares y ellos le ayudan económicamente, inclúyalos en su unidad familiar.

**Hijos adoptivos:**

- Incluya a los niños en acogida si son menores de 5 años.

**Miembros de servicio:**

- Si en el hogar hay un miembro del servicio que está fuera del hogar, inclúyalo en el hogar.

**Solicitantes sin hogar:**

- Si se considera una persona sin hogar, pero vive temporalmente con otras personas, no las incluya en su hogar. Inclúyase sólo a sí mismo y a otros miembros de su familia.

**Miembros del hogar que viven en instituciones:**

- Si presta ayuda económica a una persona que vive habitualmente con usted y que ahora reside en una institución (por ejemplo, centros de tratamiento, cárceles, prisiones, centros de acogida para víctimas de violencia doméstica, hogares de acogida, hospitales residenciales, etc.), inclúyala en su unidad familiar.

18. ¿Cuál fue el ingreso anual aproximado de su hogar en 2022, antes de deducir impuestos y teniendo en cuenta todas las fuentes? Incluya salarios, Seguro Social, pensión, intereses y ganancias de inversión. Si no sabe el número exacto, puede indicar un cálculo aproximado. \_\_\_\_\_ [NUMERIC 0-99999999; REQUIRED]

**PROGRAMMING: HHI MUST BE LESS THAN THE ANNUAL INCOME LISTED FOR THEIR HOUSEHOLD SIZE BELOW. IF NOT, TERMINATE**

**HOUSEHOLD SIZE: FROM Q17. IF PREGNANT (Q14=2) ADD 1 TO Q17 RESPONSE FOR HOUSEHOLD SIZE THIS TABLE IS FOR PROGRAMMING PURPOSES ONLY AND WILL NOT BE SHOW TO THE RESPONDENTS**

Household size	Annual Income
1	\$25,142
2	\$33,874
3	\$42,606
4	\$51,338
5	\$60,070
6	\$68,802
7	\$77,534



8	\$86,266
9	\$94,998
10	\$103,730
11	\$112,462
12	\$121,194
13	\$129,926
14	\$138,658

<https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/4b515876c4674466423975826ac57583/Guidelines-2022.pdf>

**BRAND FUNNEL**

19. ¿Qué programas u organizaciones se le ocurren que ayudan a las mujeres embarazadas o familias con niños pequeños? **PROGRAM 5 OPEN END BOXES. REQUIRED. INCLUDE** “No estoy seguro(a)”
20. Si piensa específicamente en programas del gobierno, ¿qué programas gubernamentales se le ocurren que ayudan a las mujeres embarazadas o familias con niños pequeños? Si alguna de sus respuestas a la pregunta anterior son programas gubernamentales, indíquelas nuevamente aquí. **PROGRAM 5 OPEN END BOXES. REQUIRED. INCLUDE** “No estoy seguro(a)”
21. Ahora, indique si alguna vez ha oído hablar de alguno de los siguientes programas. *Seleccione todas las opciones de las que ha oído hablar.*

**RANDOMIZE**

- 1 “WIC” o Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños
- 2 “SNAP” o Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. A veces se le llama, y anteriormente se le conocía como, “Food Stamps” (cupones para alimentos)
- 3 “TANF” o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas
- 4 Medicaid
- 5 “CHIP” o Programa de Seguro Médico Infantil
- 6 The United Way
- 7 Cruz Roja Americana
- 8 March of Dimes
- 9 Head Start
- 10 Ninguna de las opciones anteriores **[EXCLUSIVE]**

22. ¿Qué tan familiarizado(a) está con cada una de las siguientes organizaciones?

**SHOW ORGANIZATIONS SELECTED IN Q21**

- 1 Muy familiarizado(a)
- 2 Algo familiarizado(a)
- 3 No demasiado familiarizado(a)
- 4 No me es familiar/Solo conozco el nombre
- 5 Nunca he oído hablar de ello [PROGRAMMER NOTE: IF BRAND SELECTED IN Q21 FLAG AS CHEATER FOR REVIEW]

23. ¿Cuán favorable es su opinión de cada una de las siguientes organizaciones?

**SHOW ORGANIZATIONS SELECTED 1-3 IN Q22**

- 1 Muy favorable
- 2 Algo favorable
- 3 Neutral/No tengo opinion
- 4 Algo desfavorable
- 5 Muy desfavorable
- 6 No estoy seguro(a)

24. En la actualidad, ¿participa o recibe servicios de alguno de los siguientes programas?

*Seleccione todas las opciones que correspondan.*

**SHOW ORGANIZATIONS SELECTED 1-3 IN Q22**

**INCLUDE** "Ninguna de las opciones anteriores"

**PROGRAMMING: CODE AUDIENCES**

- **PARTICIPANT: WIC SELECTED IN Q24**
- **ELIGIBLE: WIC NOT SELECTED IN Q24 OR WIC NOT SHOWN IN Q24 BECAUSE NOT AWARE IN Q22**

**IF NO IN Q24 FOR WIC**

25. ¿Ha participado anteriormente en el WIC o Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No estoy seguro(a)

**IF NO IN Q24 FOR WIC**

25a. ¿Ha solicitado WIC en los últimos 12 meses?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No estoy seguro(a)

**IF Q25a = 1**

25b. Cuando solicitó WIC en los últimos 12 meses, ¿usted o su familia cumplieron con los requisitos para participar en el programa?

- 1 Si **IF NEVER PARTICIPATED (Q25=2) FLAG AS CHEATER**
- 2 No
- 3 No estoy seguro(a)

**IF Q25b = 1**

25c. ¿Aproximadamente en qué mes y año comenzó a participar en WIC?

*Si no recuerda la fecha exacta, puede indicar una fecha aproximada. [DROP DOWN]*

**Month                      Year**

**IF YES IN Q24 OR Q25 FOR WIC**

26. ¿Cuál es su satisfacción general con el programa WIC?

- 1 Muy satisfecho(a)

- 2 Algo satisfecho(a)
- 3 Neutral/No tengo opinion
- 4 Algo insatisfecho(a)
- 5 Muy insatisfecho(a)
- 6 No estoy seguro(a)

**IF YES IN Q24 OR Q25 FOR WIC**

27. En general, ¿cuál es la probabilidad de que recomiende el programa WIC a un(a) amigo(a), familiar o compañero(a) de trabajo?

- 0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10
- Nada probable que lo recomiende Muy probable que lo recomiende

**IF FAMILIAR WITH WIC (1-3 IN Q22)**

28. ¿Cómo se enteró de WIC? Seleccione todas las fuentes de información que le brindaron información sobre WIC.

**RANDOMIZE**

- 1 Un(a) amigo(a) o familiar que participó en WIC
- 2 Un(a) amigo(a) o familiar que no participó en WIC
- 3 Televisión
- 4 Radio
- 5 En línea/redes sociales
- 6 Periódicos
- 7 Revistas
- 8 Carteles publicitarios/Anuncios en el transporte público o en la calle
- 9 Correo electrónico
- 10 Mensaje de texto
- 11 Eventos comunitarios
- 12 Profesional de la salud (pediatra, obstetra/ginecólogo, médico de atención primaria, clínica de salud)
- 13 Otra opción, especifique: \_\_\_\_\_
- 14 Ninguna de las anteriores **EXCLUSIVE**

**IF FRIEND OR FAMILY MEMBER WHO PARTICIPATED (Q28=1)**

29. Usted dijo que se enteró de WIC a través de un(a) amigo(a) o familiar. Su amigo(a) o familiar, ¿participa actualmente o participó anteriormente en WIC?

- 1 Participa actualmente en WIC
- 2 Participó anteriormente en WIC
- 3 No estoy seguro(a)

**[ASK ALL]**

29A. ¿Participaba su madre en WIC cuando estaba embarazada o cuando usted era un bebé o un(a) niño(a)?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No estoy seguro(a)

<b>WIC BRAND ATTRIBUTES</b>
-----------------------------

**30. AWARE OF WIC 1-3 IN Q23**

Usted mencionó que ha oído hablar de WIC. ¿Qué tan bien describe a WIC cada una de las descripciones a continuación?

- 1 Lo describe muy bien
- 2 Lo describe un poco/hasta cierto punto
- 3 Neutral/No estoy seguro(a)
- 4 No lo describe bien
- 5 No lo describe en absoluto

**RANDOMIZE**

- a. Muy respetado
- b. Fácil de inscribirse
- c. Para alguien como yo
- d. Educativo
- e. Un buen valor
- f. Fácil de usar
- g. Proporciona beneficios pertinentes para mí
- h. Innovadora
- i. De confianza
- j. Útil
- k. Compasivo
- l. Conveniente
- m. Alentador
- n. Moderno
- o. Agradable
- p. Accesible
- q. Inclusivo
- r. Fiable

**WIC MAX-DIFF**

31. A continuación, verá una descripción del programa WIC. Lea la descripción y responda las siguientes preguntas.

El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) es un programa financiado por el gobierno federal del Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Para calificar para WIC, debe vivir en Alabama y cumplir con uno o más de los siguientes requisitos:

- Estar embarazada.
- Ser una madre lactante de un bebé de menos de 1 año de edad.
- Ser una madre reciente que tuvo un bebé o estuvo embarazada en los últimos 6 meses.
- Ser un bebé menor de 1 año.
- Ser un(a) niño(a) de menos de 5 años de edad.

WIC está disponible para muchos niveles de ingresos, incluidas familias con empleo y sin empleo.

**SHOW FOR ELIGIBLES ONLY**

Después de leer esta descripción, ¿cuál es la probabilidad de que visite el sitio web de WIC para obtener más información?

- 1 Muy probable
- 2 Algo probable
- 3 Ni probable ni improbable
- 4 No muy probable
- 5 Nada probable
- 6 No estoy seguro(a)

**SHOW ON SAME SCREEN**

32. ¿Qué tan probable es que considere [ELIGIBLES: inscribirse, PARTICIPANTS: permanecer] en WIC?

- 1 Muy probable
- 2 Algo probable
- 3 Ni probable ni improbable
- 4 No muy probable
- 5 Nada probable
- 6 No estoy seguro(a)

33. A continuación, verá algunas pantallas que le mostrarán información sobre WIC.

Independientemente de su interés en participar en WIC, seleccione el enunciado que haría **MÁS** probable que considere WIC (a la izquierda) y el enunciado que haría **MENOS** probable que considere WIC (a la derecha).

**ON EACH DESIGN SCREEN:**

Seleccione el enunciado que haría **MÁS** probable que considere WIC (a la izquierda) y el enunciado que haría **MENOS** probable que considere WIC (a la derecha).

**CATEGORIES AND STATEMENTS RANDOMIZED. ONLY SHOW STATEMENT, NOT CATEGORY NAME**

<b>MÁS probable que lo considere</b>		<b>MENOS probable que lo considere</b>
○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. WIC ofrece opciones de alimentos de alta calidad</li> <li>2. WIC ofrece opciones de alimentos nutritivos y saludables</li> <li>3. WIC es fácil de acceder y usar</li> <li>4. WIC ahorra dinero en el supermercado</li> <li>5. WIC ofrece una amplia variedad de opciones de alimentos</li> <li>6. WIC es conveniente de usar</li> <li>7. WIC responde a las necesidades de sus participantes</li> <li>8. WIC es una fuente de confianza para información y apoyo nutricional</li> <li>9. WIC y su personal se preocupan y demuestran interés por los participantes</li> <li>10. WIC proporciona referencias útiles para el cuidado de la salud y otros servicios comunitarios</li> <li>11. WIC brinda asesoramiento personalizado sobre lactancia materna y puede incluir acceso a equipos de lactancia</li> <li>12. WIC brinda apoyo personalizado para mujeres embarazadas y familias</li> <li>13. WIC proporciona los recursos educativos necesarios para tomar decisiones saludables y nutritivas</li> <li>14. WIC proporciona referencias útiles para el cuidado de la salud y otros servicios comunitarios</li> <li>15. WIC proporciona fórmula infantil a las familias que la necesitan</li> </ol>	○

**AFTER ALL MAX DIFF EXERCISE COMPLETED**

34. De toda la información que vio sobre WIC, ¿cuál es la **MÁS** importante para usted?

**OPEN-END/REQUIRED**

35. **SPLIT SAMPLE A** – WIC contiene cuatro componentes clave. Para cada uno, ¿qué tan importante sería para usted [ELIGIBLES: inscribirse, PARTICIPANTS: permanecer] en el programa?

- 1 Muy importante
- 2 Algo importante

- 3 Ninguno/Neutral
- 4 No muy importante
- 5 Nada importante
- 6 No estoy seguro(a)

**RANDOMIZE**

- a. El programa proporciona alimentos saludables a sus participantes.
- b. El programa brinda apoyo gratuito para la lactancia materna a sus participantes.
- c. El programa ofrece educación y apoyo acerca de la nutrición a los participantes.
- d. El programa puede ayudar a sus participantes a acceder a recursos de atención médica y servicios comunitarios.

35a. **SPLIT SAMPLE B** – WIC contiene cuatro componentes clave. Para cada uno, ¿qué tan importante sería para usted [ELIGIBLES: inscribirse, PARTICIPANTS: permanecer] en el programa?

- 7 Muy importante
- 8 Algo importante
- 9 Ninguno/Neutral
- 10 No muy importante
- 11 Nada importante
- 12 No estoy seguro(a)

**RANDOMIZE**

- a. El programa proporciona alimentos saludables a sus participantes sin costo.
- b. El programa brinda apoyo gratuito para la lactancia materna a sus participantes.
- c. El programa ofrece educación nutricional y apoyo a los participantes sin costo.
- d. El programa puede ayudar a sus participantes a acceder a recursos de atención médica y servicios comunitarios.

36. Aquí tiene algunos enunciados adicionales sobre WIC. Para cada uno, indique qué tan convincente es como motivo para considerar [ELIGIBLES: inscribirse, PARTICIPANTS: permanecer] en WIC.

- 1 Muy convincente
- 2 Algo convincente
- 3 Ninguno/Neutral
- 4 No muy convincente
- 5 Nada convincente
- 6 No estoy seguro(a)

**RANDOMIZE**

- a. Los alimentos saludables que WIC proporciona sin costo a las personas que participan en el programa toman como base las pautas nutricionales más recientes para promover su salud y bienestar y los de su familia.
- b. Los miembros de WIC tienen reuniones individuales con el personal del programa que son expertos en nutrición para las mamás durante el embarazo y la lactancia, y para los bebés, niños pequeños y niños de edad preescolar. Estos expertos brindan consejos y recursos personalizados en función de las necesidades personales de cada miembro (y de su hijo[a]).
- c. WIC proporciona beneficios electrónicamente. Su familia recibirá una tarjeta similar a una de débito que cubre el costo de los alimentos aprobados por el WIC para su familia. La tarjeta WIC permite que las compras sean más convenientes y eficientes.

- d. WIC está escuchando y mejorando de muchas maneras para satisfacer las necesidades de los participantes. Además de las compras con la tarjeta WIC, muchas reuniones con el personal de WIC pueden llevarse a cabo en línea.
  - e. Hoy en día, WIC ayuda a las familias a ahorrar aún más dinero que antes. WIC ha incrementado la cantidad de dinero que las familias participantes pueden usar en el supermercado (en línea o en la tienda) para obtener frutas y verduras, aún sin costo para ellas.
  - f. Los servicios para la lactancia de WIC incluyen asistencia individual con expertos en lactancia y pueden incluir clases de lactancia y acceso a equipos de lactancia.
  - g. WIC ayuda a preparar a los niños a tener un buen inicio en la escuela: los niños que reciben los beneficios del WIC presentan un mejor desarrollo intelectual.
37. Ahora que obtuvo más información, ¿cuál es la probabilidad de que considere [ELIGIBLES: inscribirse, PARTICIPANTS: permanecer] en WIC?
- 1. Muy probable
  - 2. Algo probable
  - 3. Ni probable ni improbable
  - 4. No muy probable
  - 5. Nada probable
  - 6. No estoy seguro(a)

<b>MESSAGES AND BARRIERS</b>
------------------------------

38. A continuación se presentan algunas razones que las personas han dado para no inscribirse en WIC. Para cada una, ¿qué tan convincente es la razón para **no** [ELIGIBLES: inscribirse, PARTICIPANTS: permanecer] en WIC?
- 1. Muy convincente
  - 2. Algo convincente
  - 3. Ninguno/Neutral
  - 4. No muy convincente
  - 5. Nada convincente
  - 6. No estoy seguro(a)

**RANDOMIZE**

- a. El programa no es para familias como la mía.
- b. El programa es complicado y difícil para inscribirse.
- c. Es demasiado difícil asistir a las reuniones en persona requeridas con el personal de WIC.
- d. El programa solo vale la pena para familias con bebés.
- e. El programa no brinda suficiente apoyo a las madres en período de lactancia.
- f. Es demasiado difícil comprar los alimentos específicos aprobados por WIC.
- g. Mis hijos(as)/familia no comen los alimentos que proporciona WIC.
- h. No necesito ayuda del gobierno.
- i. Los requisitos de ingresos son demasiado bajos para que familias como la mía califiquen.
- j. Los alimentos de WIC que me gustan no están disponibles en mi supermercado.
- k. Otras personas necesitan beneficios más que yo.



39. Aquí hay algunos enunciados adicionales sobre WIC. Lea los tres enunciados y clasifíquelos en términos de qué tan convincente es cada uno como una razón para [ELIGIBLES: inscribirse, PARTICIPANTS: permanecer] en WIC. El enunciado que ubique en la parte superior de su lista debe ser la MÁS convincente. El enunciado que ubique en la parte inferior de su lista debe ser la MENOS convincente. **PROGRAMMING: RANK-ORDER; ROTATE ORDER OF STATEMENTS. ALWAYS SHOW NOT SURE.**

- 1) WIC es un servicio gratuito que tiene que ver con la alimentación y la nutrición. Ayuda a mujeres embarazadas, padres recientes y familias con niños(as) de hasta cinco años. Los participantes de WIC obtienen alimentos saludables, consejos sobre cómo comer de manera más saludable y ayuda personal para la lactancia, todo sin costo alguno. También obtienen derivaciones a los servicios sociales y de salud que puedan necesitar.
- 2) WIC ayuda a aproximadamente la mitad de los bebés que nacen en los Estados Unidos. Millones de mamás recientes participan en WIC cada año. Reciben ayuda personalizada para la lactancia, alimentos saludables gratis y consejos de nutrición para su familia. Además, obtienen derivaciones para atención médica y recursos comunitarios.
- 3) Con WIC, se accede a un equipo para obtener apoyo cuando se necesita. Las mujeres embarazadas y en posparto y los niños menores de cinco años reciben alimentos saludables, apoyo personalizado para la lactancia y consejos sobre comidas nutritivas para su familia, incluso si su familia tiene necesidades especiales de alimentación o dieta. Además, obtiene derivaciones para atención médica y otros servicios. WIC está aquí para ayudar a que sus hijos tengan un comienzo de vida saludable.
- 4) No estoy seguro(a) [**ANCHOR. ALWAYS SHOW**]

40. De los enunciados que acaba de leer sobre WIC, explique por qué seleccionó el siguiente como el MÁS convincente. [SHOW Q39 TOP CHOICE ON SCREEN] **OPEN-END/REQUIRED**

<b>DEMOGRAPHICS</b>
---------------------

Ahora, solo unas preguntas más con fines estadísticos.

44. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado?

- 1 Menos que escuela secundaria
- 2 Escuela secundaria
- 3 Diploma de técnico superior
- 4 Licenciatura
- 5 Diploma de posgrado (Maestría, PhD, MD, JD, etc.)
- 6 No estoy seguro(a)/prefiero no responder

45. ¿Cuál es su estado civil? ¿Usted está...?

1. Casado(a)
2. No casado(a) pero viviendo en pareja
3. Soltero(a)
4. Separado(a)
5. Divorciado(a)

6. Viudo(a)
7. Otro
8. Se rehúsa a contestar

46. ¿Cuál es su situación laboral actualmente?

1. Empleado(a) a tiempo completo
2. Empleado(a) a tiempo parcial
3. Trabaja por cuenta propia
4. Estudiante
5. Encargado(a) del hogar
6. Jubilado(a)
7. Desempleado(a), en busca de trabajo
8. Otro
9. No estoy seguro(a)

47. ¿Es usted madre, padre o abuelo(a) de algún niño menor de 18 años?

1. Sí, hijos(as)
2. S
3. No [PROGRAMMER NOTE: FLAG AS CHEATER FOR REVIEW]
4. Se rehúsa a contestar

**IF YES ABOVE IN Q47 (Q47=1,2)**

48. ¿Qué edad tienen los hijos/nietos? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

1. Bebé (0 a 2 años)
2. Preescolar (2 a 5 años)
3. Escuela primaria de K a 5.º (6 a 10 años)
4. Escuela intermedia 6.º a 8.º (11 a 13 años)
5. Escuela secundaria 9.º a 12.º (14 a 17 años)
6. Se rehúsa a contestar

49. ¿Con qué frecuencia asiste a servicios de fe/religiosos (excepto bodas y funerales)?

1. Más de una vez a la semana
2. Una vez a la semana
3. Algunas veces al mes
4. Algunas veces al año
5. Solo en ocasiones especiales o días festivos
6. Casi nunca/nunca
7. No estoy seguro(a)

50. En el último año, ¿cuántas veces visitó a un médico, personal de enfermería u otro profesional de la salud para recibir atención, incluidos exámenes anuales y atención de rutina? *Puede indicar un cálculo aproximado.*

\_\_\_\_\_ Núm. de veces [NUMERIC 0-365]  
**INCLUDE OPTION FOR “No estoy seguro(a)”**

**IF Q50>0**

51. En el último año, ¿dónde visitó a un médico, personal de enfermería u otro profesional de la salud para recibir atención, incluidos exámenes anuales y atención de rutina? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*
- Hospital
  - Clinica
  - Consultorio medico
  - Atención de urgencias
  - Sala de emergencias
  - Otra opción, especifique:

**ASK OF AUDIENCES: CHILD <1 YEAR, CHILD 1-5 YEARS**

52. En el último año, ¿cuántas veces visitó a un médico, personal de enfermería u otro profesional de la salud para que **su hijo(a) menor de 5 años** reciba atención, incluidos exámenes anuales y atención de rutina? *Puede indicar un cálculo aproximado.*

\_\_\_\_\_ Núm. de veces [NUMERIC 0-365]

**INCLUDE OPTION FOR “No estoy seguro(a)”**

**IF Q52>0**

53. En el último año, ¿dónde visitó a un médico, personal de enfermería u otro profesional de la salud para que **su hijo(a) menor de 5 años** reciba atención, incluidos exámenes anuales y atención de rutina? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*
- Hospital
  - Clinica
  - Consultorio medico
  - Atención de urgencias
  - Sala de emergencias
  - Otra opción, especifique: