



## Questionnaire\_SPA

Questions

Responses

Section 1 of 6

# El Proyecto de Ritmos Digitales



Este es el último paso en el proceso de envío de los datos de Android. Por favor, complete este formulario solo LUEGO de haber proporcionado su consentimiento a través de la plataforma REDCap. La información que ingrese aquí será totalmente de-indentificada por los investigadores antes de su análisis. Nadie más que los investigadores especificados en el formulario de consentimiento tendrá acceso a los datos identificables; ni siquiera los investigadores encargados del análisis de los datos.

Email \*

Valid email

This form is collecting emails. [Change settings](#)

Nombre completo

\*

Short answer text

Edad \*

Short answer text

Género \*

1. Femenino



3. Otro

4. Prefiero no contestar

¿Cómo se identificaría étnica y/o racialmente?

Si este dato no resulta relevante en su contexto social, déjelo en blanco.

Short answer text

After section 1 Continue to next section



Section 2 of 6

## Acerca de su lugar de residencia



Description (optional)

¿Dónde vive? \*

Indique el asentamiento urbano importante más cercano usando Ciudad, Estado, País.

Short answer text

¿Ha vivido en algún lugar significativamente lejos (>1000km, o 700 millas) de este lugar en los último dos años?

Si ha sido así, por favor indique dónde y en qué momentos.

Short answer text



En los lugares que ha vivido, ¿hubo periodos de cuarentena, aislamiento, o medidas similares que lo obligaron a permanecer en su casa durante todo el día? \*

Si fue así, indique en qué meses y años. Responda "NO" si hubo medidas pero usted no tuvo que cumplir con ellas, por el motivo que fuere.

Long answer text

After section 2 Continue to next section ▼

Section 3 of 6

## Acerca del uso de su teléfono



Description (optional)

¿Pasa tiempo lejos de su teléfono luego de despertar? \*

- ☐ Sí, trato de evitar las pantallas por un tiempo.
- ☐ Sí, pero chequeo mis notificaciones (sin desbloquear mi teléfono)
- ☐ No, chequeo mi teléfono inmediatamente

¿Pasa tiempo lejos de su teléfono antes de dormir? \*

- ☐ Sí, trato de evitar las pantallas por un tiempo
- ☐ No, uso mi teléfono casi hasta quedarme dormido

Si en el medio de la noche despierta o encuentra difícil dormir, ¿qué tan probable es que

\*



Improbable



Muy probable

¿Cómo definiría su uso del teléfono, en términos de "tiempo de pantalla" y uso de

\*

1

2

3

4

5

Ocasional



Intensivo

Si está disponible, ¿puede proporcionarnos el tiempo promedio de uso de pantalla de su teléfono en la última semana?

Puede acceder a este dato en la sección de configuración de su teléfono, para la mayoría de las versiones de Android. Indique un promedio aproximado en horas, con decimales.

Short answer text

¿Hay algún momento fijo en la semana durante el cual no le sea posible o permitido el uso de su teléfono?

Por ejemplo, en un trabajo específico o durante clases, o durante alguna actividad semanal particular.

Short answer text

Pregunta técnica: ¿ha utilizado más de un dispositivo Android en los últimos dos años?

Si la respuesta es Sí, por favor indique cuándo y cuántos teléfonos usó. Si lo recuerda, también indique si en ambos teléfonos utilizaba la misma cuenta de Google que utilizó para obtener los datos de Mi Actividad de Google.

Long answer text



## Section 4 of 6

## Acerca de sus hábitos diarios



Conteste las siguientes preguntas considerando principalmente su vida en el último año

¿Se considera una persona con preferencia matutina, nocturna/verspertina, o ni lo uno ni lo otro? \*

Ubíquese en la escala

	1	2	3	4	5	
Soy una persona muy matutina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Soy una persona muy vespertina/nocturna

¿Está, o has estado en el pasado reciente, realizando alguna actividad u ocupación que incluyera turnos totalmente nocturnos, o turnos rotativos? \*

- ☐ Sí, normalmente trabajo toda la noche
- ☐ Trabajo en turnos rotativos
- ☐ No, tengo un trabajo/actividad normal durante el día
- ☐ No, actualmente no tengo una ocupación

¿Cuán regular considera que son sus horarios de sueño, de acuerdo a las horas en las que se va a acostar en la noche y se levanta en la mañana? \*

	1	2	3	4	5	
Muy irregular (más de 4 horas de diferencia entre distintos días)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy regular (no más de 30 minutos de diferencia entre días)



¿Qué tan dependiente es de una alarma para levantarse en las mañanas, en días normales?

- ☐ Me levanto a la hora que necesito/prefiero sin necesidad de un despertador.
- ☐ Necesito un despertador, de otra forma seguiría durmiendo hasta mucho más tarde de lo que necesito/...
- ☐ Normalmente me despierto a la hora que necesito/prefiero, pero pongo el despertador para ayudarme a...

En su opinión, en los últimos meses, ¿siente que ha estado durmiendo lo suficientemente bien?

- ☐ Creo que estoy durmiendo tanto y tan bien como necesito.
- ☐ Creo que estoy durmiendo más de lo que necesito.
- ☐ Creo que necesito más y/o mejor sueño del que estoy teniendo.

Normalmente, ¿toma siestas durante la tarde?

- ☐ Sí, casi todos los días
- ☐ Sí, pero no todos los días
- ☐ No, raramente/nunca duermo durante el día

After section 4 Continue to next section



Section 5 of 6

## Subida de datos



Description (optional)



¿Qué clase de archivo está subiendo? \*

- ☐ Archivo HTML crudo exportado de Google Takeout
- ☐ Archivo CSV procesado sin identificadores de aplicaciones

Por favor suba su archivo aquí \*

 Add file

 [View folder](#)

After section 5 Continue to next section ▼

Section 6 of 6

## Recordatorio de consentimiento



Description (optional)



Para este momento usted ya debiera haber completado su consentimiento en el formulario anterior, pero antes de completar este envío, confirme que comprende y está de acuerdo con lo siguiente: "Este estudio me ha sido explicado en el formulario electrónico anterior. Acepto participar de este estudio de manera voluntaria. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Si en el futuro tengo preguntas adicionales o si siento haber sido perjudicado en alguna forma por participar en este estudio, puedo contactar a alguno de los investigadores listados en dicho formulario. Si tengo preguntas acerca de mis derechos como sujeto de investigaciónm puedo



☒ Multiple choice ▼



Si no desea consentir con esto, puede cerrar esta ventana directamente. Los datos ingresados nunca llegarán a nuestro servidor.

☐ Sí, consiento.

☐ Add option or [add "Other"](#)



Required

