

+

+

# Modelo 1

**5°/6° año  
de la Educación Secundaria**

# CUADERNILLO ÚNICO del estudiante

JURISDICCIÓN		CUE	ANEXO
SECCIÓN		TURNO	ID ALUMNO



**Aprender  
2017**



Ministerio de Educación  
Presidencia de la Nación

+

+

+

+

+

+

+

+

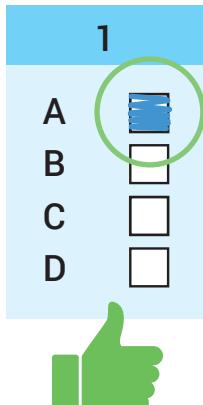
# ¡Hola Chicos!

Les vamos a dar unas instrucciones para que sepan cómo contestar las pruebas y el cuestionario del estudiante.

Este cuadernillo está compuesto por hojas de respuestas (una para Lengua y otra Matemática) y un cuestionario del estudiante.

## INSTRUCCIONES DE LLENADO

### ¡Así tenés que llenar!



- Leé atentamente cada pregunta y pintá completo el cuadrado que corresponda a tu opción de respuesta.
- Las pruebas se deben responder SIEMPRE CON LÁPIZ NEGRO.
- En caso de querer modificar tu respuesta, borrá completamente el cuadrado y marcá la opción que consideres correcta.

- Las pruebas con los ejercicios están en dos cuadernillos aparte. Cada ejercicio tiene 4 opciones de respuesta (designadas con las letras A, B, C y D). Siempre tenés que elegir una sola opción de las cuatro.
- Para responder, tenés que marcar en la hoja de respuestas que corresponde al área que estás contestando.
- Podés hacer anotaciones y usar como borrador el Cuadernillo de Prueba, pero siempre las respuestas las tenés que marcar en la hoja de respuestas.
- Es importante que respondas todas las preguntas.
- No se podrá usar el celular en ningún momento.
- No te detengas mucho tiempo en los ejercicios que te resulten difíciles. Lo mejor es continuar con los siguientes y volver a los que te resultaron difíciles después de haber respondido los demás.
- Si te sobra tiempo al final, acordate de revisar tus respuestas.
- Al terminar de responder las dos hojas de respuesta, debés pasar a responder el cuadernillo del estudiante.

+

+

+

+

+

+

1	2	3	4	5	6
A <input type="checkbox"/>					
B <input type="checkbox"/>					
C <input type="checkbox"/>					
D <input type="checkbox"/>					
7	8	9	10	11	12
A <input type="checkbox"/>					
B <input type="checkbox"/>					
C <input type="checkbox"/>					
D <input type="checkbox"/>					
13	14	15	16	17	18
A <input type="checkbox"/>					
B <input type="checkbox"/>					
C <input type="checkbox"/>					
D <input type="checkbox"/>					
19	20	21	22	23	24
A <input type="checkbox"/>					
B <input type="checkbox"/>					
C <input type="checkbox"/>					
D <input type="checkbox"/>					

+

+

+

+

+

+

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> A	<b>2</b>	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<b>3</b>	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<b>4</b>	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<b>5</b>

<b>6</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> A	<b>7</b>	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<b>8</b>	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<b>9</b>	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<b>10</b>

<b>11</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> A	<b>12</b>	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<b>13</b>	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<b>14</b>	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<b>15</b>

<b>16</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> A	<b>17</b>	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<b>18</b>	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<b>19</b>	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<b>20</b>

+

+

+

+

+

+

+

¡Hola!

¿Cómo estás? Te queremos contar que estamos haciendo esta encuesta a los estudiantes de todas las escuelas del país, y por eso te pedimos que participes. Queremos conocer tu opinión sobre tu experiencia en la escuela. Lo que nos puedas decir nos va a servir para mejorar para los próximos estudiantes que vengan.

¡Nos importa mucho lo que nos quieras contar!

Por favor, leé y contestá con tranquilidad todas las preguntas de este cuestionario.

Recordá que este cuestionario NO es una prueba, y que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Te pedimos que respondas siempre de acuerdo a tu opinión o a lo que te parece. El cuestionario es anónimo para que puedas expresarte con libertad: nadie podrá saber que estas respuestas son tuyas.

Si tenés alguna duda, le podés preguntar a la persona que te dio el cuestionario.

¡Muchas gracias por participar!

## A continuación te contamos cómo completar este cuestionario.

Hay diferentes tipos de preguntas:

### EJEMPLO 1: Preguntas para elegir SOLAMENTE una opción.

¿Cuántos años tenés?  
(Pintá el cuadrado con la opción que corresponda a tu respuesta)

- 16 años o menos
- 17 años
- 18 años
- 19 años
- 20 años o más

### EJEMPLO 2: Preguntas de respuesta Sí o No.

Además de asistir a la escuela,  
¿ayudás a tus padres o familiares  
en su trabajo?

- Sí
- No

### EJEMPLO 3: Preguntas para elegir una sola opción por fila.

¿Cuáles de estos servicios tenés en tu casa? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Canillas con agua de red	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cloacas, desagües	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión por cable o satelital	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

+

+

+

+

+

+



**Completá las siguientes preguntas con tus datos  
Pintá el cuadrado con la opción que corresponda a tu respuesta**

**1** ¿Cuántos años tenés?  
(Seleccioná una sola opción)

16 años o menos	<input type="checkbox"/>
17 años	<input type="checkbox"/>
18 años	<input type="checkbox"/>
19 años	<input type="checkbox"/>
20 años o más	<input type="checkbox"/>

**2** Sos...  
(Seleccioná una sola opción)

Varón	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

**3** a. ¿En qué país naciste?      b. ¿En qué país nació tu mamá?      c. ¿En qué país nació tu papá?  
(Seleccioná una sola opción)      (Seleccioná una sola opción)      (Seleccioná una sola opción)

Argentina	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>
Uruguay	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

Argentina	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>
Uruguay	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

Argentina	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>
Uruguay	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>





**4** ¿Con cuántas personas vivís?  
(Seleccioná una sola opción)

Vivo solo	<input type="checkbox"/>
Una	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Tres	<input type="checkbox"/>
Cuatro	<input type="checkbox"/>
Cinco	<input type="checkbox"/>
Seis	<input type="checkbox"/>
Siete	<input type="checkbox"/>
Ocho	<input type="checkbox"/>
Nueve	<input type="checkbox"/>
Diez o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**Si respondiste "Vivo solo",  
ir directamente a la pregunta 6**

**5** ¿Con quién vivís?  
(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6** ¿Cuántas habitaciones tiene el lugar  
donde vivís, sin contar la cocina y el baño?  
(Seleccioná una sola opción)

Una	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Tres	<input type="checkbox"/>
Cuatro	<input type="checkbox"/>
Cinco	<input type="checkbox"/>
Seis	<input type="checkbox"/>
Siete	<input type="checkbox"/>
Ocho	<input type="checkbox"/>
Nueve o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**7** ¿En el lugar donde vivís hay...  
(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Canillas con agua de red	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cloacas, desagües	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión por cable o satelital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**8** ¿Cuáles de estas cosas hay en el lugar donde vivís? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Televisión por cable o satelital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heladera con freezer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9** Aproximadamente, ¿cuántos libros hay donde vivís? (Seleccioná una sola opción)

No hay libros	<input type="checkbox"/>
De 1 a 25 libros	<input type="checkbox"/>
De 26 a 50 libros	<input type="checkbox"/>
De 51 a 100 libros	<input type="checkbox"/>
Más de 100 libros	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**10** ¿Cuál es el máximo nivel educativo de tu mamá? (Seleccioná una sola opción)

No fue a la escuela	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario incompleto	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario completo	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**11** ¿Cuál es el máximo nivel educativo de tu papá? (Seleccioná una sola opción)

No fue a la escuela	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario incompleto	<input type="checkbox"/>
Universitario o terciario completo	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**12** ¿Tu mamá o tu papá pertenecen a pueblos indígenas o son descendientes de pueblos indígenas? (Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**13** ¿Tenés hijos? (Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

***Si sos varón, ir directamente a la pregunta 15***





**14** Si sos mujer,  
¿estás embarazada?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**15** ¿Con qué frecuencia te ocupas de las siguientes actividades en tu casa?  
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Cuidar a algún hermano u otro familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar tareas del hogar como cocinar, limpiar, lavar la ropa, hacer las compras, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cultivar, cosechar en la huerta, trabajar la tierra o cuidar animales de granja para consumir en tu casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16** Además de asistir a la escuela, ¿ayudás a tus padres o familiares en su trabajo?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**17** ¿Trabajás fuera de tu casa para alguien que no sea parte de tu familia?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

***Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 19***

**18** ¿Te pagan por realizar ese trabajo?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>





**A continuación, te vamos a hacer algunas preguntas sobre tu historia escolar**

**19** ¿Fuiste a jardín de infantes? (Seleccioná una sola opción)

Sí, fui al jardín antes de los cuatro años	<input type="checkbox"/>
Sí, fui al jardín desde salita de 4	<input type="checkbox"/>
Sí, fui al jardín desde salita de 5	<input type="checkbox"/>
No fui al jardín	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**20** ¿Durante la primaria repetiste algún grado? (Seleccioná una sola opción)

No	<input type="checkbox"/>
Sí, una vez	<input type="checkbox"/>
Sí, dos veces	<input type="checkbox"/>
Sí, tres veces o más	<input type="checkbox"/>

**21** ¿Durante la secundaria repetiste algún año? (Seleccioná una sola opción)

No	<input type="checkbox"/>
Sí, una vez	<input type="checkbox"/>
Sí, dos veces	<input type="checkbox"/>
Sí, tres veces o más	<input type="checkbox"/>

**A continuación, te vamos a hacer algunas preguntas sobre este año escolar**

**22** ¿Tenés materias previas? (Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**23** En lo que va del año, ¿cuántas veces faltaste? (Seleccioná una sola opción)

Nunca	<input type="checkbox"/>
Menos de 15 veces	<input type="checkbox"/>
Entre 15 y 24 veces	<input type="checkbox"/>
Más de 24 veces	<input type="checkbox"/>





***Si respondiste Nunca, ir directamente a la pregunta 25***

**24** ¿Cuál es el principal motivo por el que faltaste? (Seleccioná una sola opción)

Por el clima	<input type="checkbox"/>
Porque es difícil llegar a la escuela	<input type="checkbox"/>
Por enfermedad	<input type="checkbox"/>
Porque ayudé a mis padres/familiares en su trabajo	<input type="checkbox"/>
Porque trabajé fuera de mi casa para alguien que no es parte de mi familia	<input type="checkbox"/>
Por ayudar con las tareas en mi casa	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

**25** ¿Durante este año fuiste a clases de apoyo?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

***Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 27***

**26** ¿En qué materias recibiste apoyo escolar? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inglés u otro idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lengua/Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**En las preguntas que te vamos a hacer a continuación,  
te pedimos que nos cuentes cómo es tu experiencia en la escuela**

**27** En general ¿cuánto tiempo tardás en llegar a la escuela? (Seleccioná una sola opción)

	Menos de media hora	<input type="checkbox"/>
	Entre media hora y 1 hora	<input type="checkbox"/>
	Entre 1 hora y 2 horas	<input type="checkbox"/>
	Más de 2 horas	<input type="checkbox"/>

**28** ¿Te interesa lo que enseñan en la escuela?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**29** ¿Te llevás bien con tus compañeros y compañeras?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí, con todos	<input type="checkbox"/>
Sí, con la mayoría	<input type="checkbox"/>
Sí, con algunos	<input type="checkbox"/>
Sí, con pocos	<input type="checkbox"/>
No me llevo bien con ningún compañero	<input type="checkbox"/>

**30** ¿Cómo te resultan las siguientes actividades?  
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Muy sencillo	Sencillo	Difícil	Muy difícil
Comprender un texto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribir un texto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exponer oralmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entender conceptos nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestar atención en clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar en grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participar en clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolver problemas y ejercicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





- 31** ¿Cómo te va en tu clase de Matemática?  
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Nunca
Entiendo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me va bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me interesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 32** ¿Cómo te va en tu clase de Lengua/Literatura?  
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Nunca
Entiendo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me va bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me interesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 33** ¿Las siguientes formas de trabajo se usan habitualmente en tu escuela?  
(Seleccioná "Sí" o "No" por cada frase)

	Sí	No
Acuerdos entre estudiantes y docentes sobre actividades específicas según sus intereses y/o capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo con los celulares, computadoras y otras TIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en conjunto con otras disciplinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos que involucren a la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificación de las formas de evaluación tradicionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudiantes que enseñan a otros estudiantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





- 34** a. ¿Pensás que las evaluaciones que te hacen tus profesores te sirven para mejorar tu aprendizaje? (Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

***Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 35***

- b. ¿Cuál consideras que es la principal utilidad de las evaluaciones que hacés en la escuela? (Seleccioná una sola opción)

Sirven para saber cuáles son mis errores

Sirven para aprobar la materia

Sirven para saber si entiendo lo que me enseñaron

- 35** Queremos saber con qué frecuencia los estudiantes de tu escuela ...  
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Molestan a los que se sacan buenas notas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestan a los que les va mal o repitieron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminan por alguna característica personal o familiar (religión, orientación sexual, nacionalidad, etnia, características físicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a otros compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a docentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dañan las cosas de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a otros compañeros por redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultan, amenazan o agreden a docentes por redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestan a las mujeres por su condición de género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



+

+

**36**

¿Creés que hay temas/actividades que la escuela debería abordar/enseñar y no lo hace?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

***Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 38***

**37**

De los siguientes temas/actividades, ¿cuáles creés que la escuela debería enseñar/abordar? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Usos de nuevas tecnologías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración de proyectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo con la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talleres de arte, música, teatro, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talleres de cocina, manualidades, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia de género/otros tipos de violencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

**38**

¿Tu escuela tiene oferta de orientación vocacional para la elección de una carrera?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**39**

¿Tu escuela tiene oferta de orientación vocacional para orientarte acerca de posibles salidas laborales?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>



**40** ¿Tu escuela te brindó información sobre carreras que se dictan en universidades, terciarios o institutos superiores de formación docente?  
*(Seleccioná una sola opción)*

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**41** ¿En tu escuela hay un acuerdo de convivencia?  
*(Seleccioná una sola opción)*

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

***Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 43***

**42** ¿Conocés lo que establece dicho acuerdo de convivencia?  
*(Seleccioná una sola opción)*

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**43** ¿Tienen centro de estudiantes en tu escuela?  
*(Seleccioná una sola opción)*

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**44** ¿Cómo es tu aula ...?  
*(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)*

En invierno es demasiado fría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En verano es demasiado calurosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es cómoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es luminosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está limpia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay poca ventilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**En las preguntas que siguen, te pedimos que nos cuentes  
qué hacés en tu tiempo libre**

- 45** Cuando no estás en la escuela, ¿qué hacés en tu tiempo libre?  
(Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Veo televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juego juegos de consola o de computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navego en internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leo libros aparte de los de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me junto con mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voy a espectáculos (recital, festival, teatro, museo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo clases de pintura, danzas, música, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo clases de idiomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- 46 a.** ¿Tenés celular propio?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

***Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 47***

- b.** ¿Tu celular tiene internet?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- c.** ¿Te dejan usarlo en el aula?  
(Seleccioná una sola opción)

Sí, siempre que quiero	<input type="checkbox"/>
Sí, solo para hacer tareas	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>





47

¿Qué vas a hacer cuando termines el secundario? (Seleccioná una sola opción)

Seguir estudiando	<input type="checkbox"/>
Trabajar	<input type="checkbox"/>
Trabajar y estudiar	<input type="checkbox"/>
Aún no se	<input type="checkbox"/>

En esta última pregunta nos interesa saber  
cómo te sentiste respondiendo Aprender

48

¿Cómo fue resolver las pruebas y este cuestionario?  
(Seleccioná una opción de respuesta para cada frase)

	Muy sencillo	Sencillo	Difícil	Muy difícil
Prueba de Lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este cuestionario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡¡¡Muchas gracias por tu participación!!!



+

+



# ¡Gracias!



## Aprender



Ministerio de Educación  
Presidencia de la Nación

+

+