



# Modelo 1

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

# CUADERNILLO ÚNICO del estudiante

JURISDICCIÓN	CUE	ANEXO
SECCIÓN	TURNO	ID ALUMNO



Ministerio de Educación  
Presidencia de la Nación



+

+

+

+

+

+

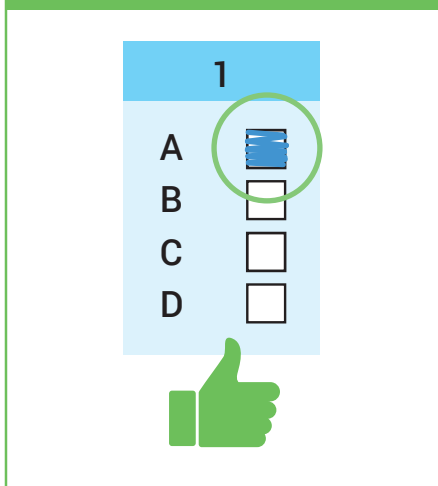
## ¡Hola Chicos!

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 rellenar!



- 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, borra 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"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
7	8	9	10	11	12
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
13	14	15	16	17	18
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
19	20	21	22	23	24
A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>

+

+

+

+

+

+



APRENDER 2017

5° / 6° año de la Educación Secundaria



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



+

+

+

+

+

+



¡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, lee 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?  
(Seleccioná una sola opción) b. ¿En qué país nació tu mamá?  
(Seleccioná una sola opción) c. ¿En qué país nació tu papá?  
(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	<input type="checkbox"/>
Sirven para aprobar la materia	<input type="checkbox"/>
Sirven para saber si entiendo lo que me enseñaron	<input type="checkbox"/>

- 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)

	Sí	No
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

