



Modelo 1

6° año
de la Educación Primaria

CUADERNILLO ÚNICO del estudiante



JURISDICCIÓN		CUE	ANEXO
SECCIÓN	TURNO	ID ALUMNO	



Aprender



Ministerio de Educación
Presidencia de la Nación





¡Hola chicas y 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 Matemática y otra para Lengua) y un cuestionario del estudiante.

¡Así tenés que rellenar!



Respuestas NO VÁLIDAS:



INSTRUCCIONES DE LLENADO

- Leé atentamente cada pregunta y pintá completo el cuadrado que corresponda a tu opción de respuesta.
- Las pruebas se deben responder SIEMPRE CON EL LÁPIZ NEGRO que te entregamos.
- 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.
- Cuando resuelvas la prueba de matemática podés usar el espacio en blanco que hay entre ítem e ítem como ayuda para pensar el ejercicio.
- 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 que corresponden a las áreas evaluadas, debés contestar el cuestionario complementario ubicado en el cuadernillo del estudiante.

+

+

+

+

1_04
+

+

+

+

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"/>

+

+



+

+

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"/>

+

+



¡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.

¡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 o 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

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

10 años o menos	<input type="checkbox"/>
11 años	<input type="checkbox"/>
12 años	<input type="checkbox"/>
13 años	<input type="checkbox"/>
14 años o más	<input type="checkbox"/>

EJEMPLO 2: Preguntas de respuesta Sí o No.

18 ¿Te gusta ir a la escuela?
(Seleccioná una sola opción)

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

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

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

	Muy fácil	Fácil	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"/>

+

+

+

+

1_10
+

+

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

10 años o menos	<input type="checkbox"/>
11 años	<input type="checkbox"/>
12 años	<input type="checkbox"/>
13 años	<input type="checkbox"/>
14 años o más	<input type="checkbox"/>

2 Sexo
(Seleccioná una sola opción):

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

3

a. ¿En qué país naciste?
(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"/>

b. ¿En qué país nació tu mamá?
(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"/>

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"/>

4 ¿Con cuántas personas vivís?
(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	<input type="checkbox"/>
Diez o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

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"/>	

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

	Sí	No
Conexión a internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agua potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heladera con freezer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 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"/>

9 ¿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"/>

10 ¿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"/>

11 ¿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"/>

12 En tu casa, ¿hablan alguna lengua indígena?
(Seleccioná una sola opción)

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

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

	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Cuido a algún hermano u otro familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizo 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"/>
Cultivo, cosecho en la huerta, trabajo la tierra o cuido animales de granja para consumir en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 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"/>

15 ¿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"/>

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

16 ¿Fuiste al 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"/>

17 ¿Repetiste de grado alguna vez?
(*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"/>

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

18 ¿Te gusta ir a la escuela?
(*Seleccioná una sola opción*)

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

19 ¿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/a	<input type="checkbox"/>

20 ¿Te va bien en tu clase de Lengua?
(*Seleccioná una sola opción*)

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

21.a. En tu opinión, ¿cómo lees?
(*Seleccioná una sola opción*)

Muy bien	<input type="checkbox"/>
Bien	<input type="checkbox"/>
Más o menos bien	<input type="checkbox"/>
No muy bien	<input type="checkbox"/>

b. En tu opinión, ¿cómo escribís?
(*Seleccioná una sola opción*)

Muy bien	<input type="checkbox"/>
Bien	<input type="checkbox"/>
Más o menos bien	<input type="checkbox"/>
No muy bien	<input type="checkbox"/>

22 ¿Te va bien en tu clase de Matemática?
(*Seleccioná una sola opción*)

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

23.a. En tu opinión, ¿cómo resolvés los problemas de Matemática?
(*Seleccioná una sola opción*)

Muy bien	<input type="checkbox"/>
Bien	<input type="checkbox"/>
Más o menos bien	<input type="checkbox"/>
No muy bien	<input type="checkbox"/>

24 Cuando están en clase ¿Tus maestros/as te vuelven a explicar si no entendés?
(Seleccioná una sola opción)

Siempre	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

25 Por favor indicá cuántas veces 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 la religión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminan por los aspectos físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminan por tener alguna discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminan por la nacionalidad	<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"/>

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

26 Pensando en el último mes, ¿hiciste alguna de estas actividades en tu tiempo libre, fuera del horario escolar? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Hice deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leí un libro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me reuní con amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudié un idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fui a ver algún espectáculo o exposición (cine, recital, teatro, museo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 a. ¿Tenés celular propio?

(Seleccioná una sola opción)

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

Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 28

b. ¿Tu celular tiene internet?

(Seleccioná una sola opción)

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

En las preguntas que siguen te pedimos que nos cuentes sobre otros temas que aprendiste en la escuela.

28 En tu escuela, ¿los docentes les hablaron de estos temas?

(Marcá "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Los cambios del cuerpo en la adolescencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El cuidado del cuerpo y la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Métodos de prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los derechos de niños, niñas y adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igualdad de derechos entre mujeres y varones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diversidad de las personas: apariencia física, orientación sexual e identidad de género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevención del maltrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como evitar el abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuándo pedir ayuda a una persona de confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La importancia de comunicar tus ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La importancia del buen trato en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 ¿Con quiénes generalmente hablás más de estos temas?
(Podés marcar una o más opciones)

Otra persona de la escuela más allá de maestros/maestras	<input type="checkbox"/>
Personas que visitan la escuela para hablar de estos temas	<input type="checkbox"/>
Un compañero/a o un amigo/a	<input type="checkbox"/>
Un familiar mujer	<input type="checkbox"/>
Un familiar varón	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
No hablo de estos temas con nadie	<input type="checkbox"/>

30 ¿Sobre cuáles de estos temas te gustaría tener más información?
(Marcá todas las respuestas que quieras)

Los cambios del cuerpo en la adolescencia	<input type="checkbox"/>
El cuidado del cuerpo y la salud	<input type="checkbox"/>
El embarazo	<input type="checkbox"/>
Métodos de prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>
Los derechos de niños, niñas y adolescentes	<input type="checkbox"/>
Igualdad de derechos entre mujeres y varones	<input type="checkbox"/>
Diversidad de las personas: apariencia física, orientación sexual e identidad de género	<input type="checkbox"/>
Prevención del maltrato	<input type="checkbox"/>
Como evitar el abuso sexual	<input type="checkbox"/>
Cuándo pedir ayuda a una persona de confianza	<input type="checkbox"/>
No me interesa obtener más información sobre estos temas	<input type="checkbox"/>

31 ¿Buscás información o conversás sobre estos temas en internet?
(redes sociales, páginas web, foros, etc.) (Marcá tu respuesta)

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

A continuación haremos una serie de preguntas para estudiantes de escuelas del ámbito rural.
Si tu escuela es urbana, pasá directo a la pregunta 41

32 En general, ¿qué medio de transporte utilizás para llegar a la escuela?
(Marcá todas las respuestas que quieras)

Colectivo de línea	<input type="checkbox"/>
Auto o moto	<input type="checkbox"/>
Bicicleta	<input type="checkbox"/>
Camino	<input type="checkbox"/>
A caballo	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

33 En general, ¿cuánto tiempo tardás en llegar a la escuela?
(Marcá una respuesta)

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

34 ¿Hiciste estas actividades alguna vez en el año? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Visitar establecimientos industriales, de ganadería o agricultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excursiones a la ciudad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades culturales y deportivas fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35 ¿Hacés trabajos en grupo con estudiantes de otros grados?
(Marcá una respuesta)

Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/>
Algunas veces en el mes	<input type="checkbox"/>
Algunas veces en el año	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

36 ¿En tu escuela pasan estas cosas? (Seleccioná "Sí" o "No" para cada frase)

	Sí	No
Los compañeros de grados más avanzados ayudan a los más pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacemos trabajos en grupos mezclando compañeros de diferentes grados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los maestros me piden hacer tareas que no entiendo o son muy difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las preguntas del maestro siempre las responden los más grandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37 ¿Tuviste que faltar a la escuela para acompañar a tu familia por traslados por razones de trabajo? (Seleccioná una sola opción)

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

Si respondiste No, ir directamente a la pregunta 39

38 ¿Cuántos días faltaste a clase por esta razón?
(Marcá una respuesta)

Menos de una semana	<input type="checkbox"/>
Entre una semana y un mes	<input type="checkbox"/>
Más de un mes	<input type="checkbox"/>
No me acuerdo	<input type="checkbox"/>

39 Cuando termines la escuela primaria, ¿pensás asistir a la escuela secundaria?
(*Marcá una respuesta*)

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

40 Para ir a la escuela secundaria ¿vas a tener que viajar muchas horas o mudarte?
(*Marcá una respuesta*)

No, voy a ir a una escuela que queda cerca	<input type="checkbox"/>
Sí, voy a tener que viajar muchas horas por día	<input type="checkbox"/>
Sí, voy a tener que irme a vivir a otro lado	<input type="checkbox"/>
No lo sé	<input type="checkbox"/>

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

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

	Muy fácil	Fácil	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"/>



¡Gracias!



Aprender



Ministerio de Educación
Presidencia de la Nación