



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	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, 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 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 ☐
- 11 años ☐
- 12 años ☐
- 13 años ☐
- 14 años o más ☐

EJEMPLO 2: Preguntas de respuesta Sí o No.

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

- Sí ☐
- No ☐

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 ¿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 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