

+

# aprender

+



+

## Cuadernillo para Estudiantes • Modelo 1

5°/6° año de la Educación Secundaria

+

Plan de Evaluación 2023 - 2024

.....

Jurisdicción

CUE

Anexo

.....

Sección

Turno

ID Estudiante

+



**Ministerio de  
Capital Humano**  
República Argentina

**Secretaría  
de Educación**



**¡Hola, chicos!**



**Les vamos a dar unas recomendaciones para que sepan cómo contestar las pruebas y el Cuestionario para Estudiantes.**

**Este cuadernillo está compuesto por:**

- 1 hoja de respuestas para preguntas de opción múltiple de Matemática
- 1 hoja de respuestas para preguntas de opción múltiple de Lengua
- 1 Cuestionario para Estudiantes

### **Instrucciones de llenado**

Leé atentamente cada pregunta y rellená completamente el cuadrado que corresponda a tu opción de respuesta.

<p><b>Ejemplo de cómo rellenar</b></p> 	<p><b>Respuestas no válidas</b></p> 
--	--

El cuestionario se debe responder siempre con el lápiz negro que te dieron junto con los cuadernillos.

En caso de querer modificar tu respuesta, borraré completamente el cuadrado utilizando la goma recibida y seleccioná la opción que consideres correcta.

### **Sobre las evaluaciones tenés que saber que...**

- Los ejercicios y las preguntas están en dos Cuadernillos aparte (uno para Lengua y otro para Matemática), donde podés hacer anotaciones.
- Las respuestas las tenés que marcar en la Hoja de respuestas.
- Las preguntas y los ejercicios tienen 4 opciones de respuesta (designadas con las letras A, B, C y D). Siempre tenés que elegir una sola opción entre las cuatro disponibles.
- Cuando resuelvas la prueba de Matemática, podés usar el espacio en blanco que hay entre consigna y consigna, como ayuda para pensar el ejercicio.

### **Además,**

- Es importante que respondas todas las preguntas.
- No podrás 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 los ejercicios y las preguntas que corresponden a las áreas evaluadas tendrás que contestar el Cuestionario para Estudiantes ubicado en este Cuadernillo.
- Tus respuestas son anónimas, nadie sabrá que son tuyas.

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"/>

## Preguntas de autoevaluación de Lengua

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

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
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"/>
<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
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"/>
<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
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"/>
<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>
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"/>

## Preguntas de autoevaluación de Matemática

1	
A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>

2	
A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>

3	
A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>

4	
A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>

5	
A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>



## Cuestionario para Estudiantes

**¡Hola!**

### **¿Por qué es importante responder este Cuestionario?**

Es importante porque tus respuestas nos permitirán entender mejor los resultados de las pruebas al relacionarlos con otros temas, por ejemplo tu experiencia en la escuela.

Encontrarás algunas preguntas personales que pueden resultarte algo extrañas, pero son muy valiosas. Te pedimos que respondas siempre de acuerdo con tu opinión; ¡no hay respuestas correctas o incorrectas!

También te pedimos que completes el Cuestionario hasta el final y leas las instrucciones de llenado que están abajo de las preguntas.

Las indicaciones pueden ser:

- Seleccioná una opción
- Seleccioná hasta dos opciones
- Seleccioná hasta tres opciones
- Seleccioná todas las opciones que correspondan
- Seleccioná una opción por renglón

**¡Nos importa mucho lo que nos quieras contar!**

**¡Muchas gracias por participar!**

## ¡Ahora sí! Comenzamos con el Cuestionario.

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

En esta primera sección queremos saber de vos, para eso te vamos a preguntar algunos datos personales

### 1 ¿En qué mes naciste?

(Seleccioná una opción)

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2 ¿En qué año naciste?

(Seleccioná una opción)

Antes de 2002	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Después de 2008
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3 ¿Cuál es el sexo que figura en tu DNI?

(Seleccioná una opción)

Masculino	Femenino	X
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4 ¿En qué país naciste?

(Seleccioná una opción)

Argentina	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>
Colombia	<input type="checkbox"/>
Ecuador	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>

Perú	<input type="checkbox"/>
Uruguay	<input type="checkbox"/>
Venezuela	<input type="checkbox"/>
Otro país de América	<input type="checkbox"/>
En un país de Europa	<input type="checkbox"/>
En un país de Asia	<input type="checkbox"/>
En un país de Oceanía	<input type="checkbox"/>
En un país de África	<input type="checkbox"/>

**Ahora te vamos a preguntar sobre tu familia y sobre el lugar en el que vivís.**

**Recordá que este cuestionario es anónimo, nadie va a saber que estas respuestas son tuyas.**

#### 5 ¿Dónde nacieron tu mamá, papá o persona adulta responsable?

(Seleccioná una opción por renglón)

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

		En Argentina	En otro país que no es Argentina
a.	Mamá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Papá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Persona adulta responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6 ¿Tu mamá, papá o persona adulta responsable se reconoce de un pueblo indígena u originario o descendiente de una familia indígena u originaria?**  
 (por ejemplo: Mapuche, Kolla, Toba, Wichi, Diaguita, Guaraní, Qom, otro).  
 (Seleccioná una opción)

Los **pueblos indígenas u originarios** son las personas, familias y comunidades que se reconocen descendientes de quienes habitaron el actual territorio de Argentina o de América Latina al momento del primer contacto con los europeos en el siglo XV.

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

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

- 7 ¿Tu mamá, papá o persona adulta responsable se reconoce afrodescendiente o tiene antepasados negros o africanos?**  
 (Seleccioná una opción)

**Afrodescendiente** es aquella persona que vive en Argentina y que se reconoce descendiente de quienes fueron esclavizados durante la conquista europea o que nacieron en algún país del continente de África.

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

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

### 8 ¿Cuál fue el último nivel educativo alcanzado por tu mamá, papá o persona adulta responsable?

(Seleccioná una opción por renglón)

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

		Primario	Secundario	Terciario, universitario o posgrado	No fue a la escuela
a.	Mamá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Papá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Persona adulta responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si seleccionaste "No fue a la escuela" en todas tus respuestas, continuá con la **pregunta 10**.

### 9 El último nivel educativo alcanzado por tu mamá, papá o persona adulta responsable, ¿fue completado?

(Seleccioná una opción por renglón)

		Sí, completó el nivel	No, no completó el nivel
a.	Mamá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Papá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Persona adulta responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**10 Queremos conocer más del lugar donde vivís. Por lo general, ¿dónde dormís más días?**

 (Seleccioná una opción)

En mi casa o departamento	<input type="checkbox"/>
En un hogar de jóvenes o similar	<input type="checkbox"/>
En una pensión, casa hogar, hotel, etc.	<input type="checkbox"/>
En una casa club o pensión deportiva	<input type="checkbox"/>
En la escuela	<input type="checkbox"/>
En otro lugar	<input type="checkbox"/>

Si vivís en distintos lugares, respondé por aquel en el que dormiste la mayor cantidad de días la semana pasada.

**11 En donde vivís, ¿cuántas habitaciones para dormir hay en total? (no cuentes ni el baño ni la cocina)**

 (Seleccioná una opción)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vivís en distintos lugares, respondé por aquel en el que dormiste la mayor cantidad de días la semana pasada.

## 12 Contándote a vos, ¿con cuántas personas vivís?

(Seleccioná una opción)

*Si vivís en distintos lugares, respondé por aquel en el que dormiste la mayor cantidad de días la semana pasada.*

Vivo solo	2	3	4	5	6	7	8	9	10 o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si seleccionaste esta opción, continuá con la **pregunta 14**.

## 13 ¿Con quién o quiénes vivís?

(Seleccioná todas las opciones que correspondan)

*Si vivís en distintos lugares, respondé por aquel en el que dormiste la mayor cantidad de días la semana pasada.*

a.	Mamá	<input type="checkbox"/>
b.	Papá	<input type="checkbox"/>
c.	Pareja de mi mamá o papá	<input type="checkbox"/>
d.	Hijo(s)	<input type="checkbox"/>
e.	Hermano(s)	<input type="checkbox"/>
f.	Tío(s)	<input type="checkbox"/>
g.	Abuelo(s)	<input type="checkbox"/>
h.	Novia o novio	<input type="checkbox"/>
i.	Amistades	<input type="checkbox"/>
j.	Otra(s) persona(s)	<input type="checkbox"/>

**14 ¿Tenés hijo(s)?**(Seleccioná una opción)

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

**15 En donde vivís, ¿tenés un espacio tranquilo para estudiar?**(Seleccioná una opción)

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

Si vivís en distintos lugares,  
respondé por aquel en el que  
dormiste la mayor cantidad  
de días la semana pasada.



### 16 En donde vivís, ¿hay estos objetos o servicios?

(Seleccioná una opción por renglón)

Si vivís en distintos lugares, respondé por aquel en el que dormiste la mayor cantidad de días la semana pasada.

		Sí	No
a.	Servicio de streaming por suscripción ( <i>Netflix, Amazon, Disney+</i> , otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Canilla con agua potable (apta para el consumo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Lavarropas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Heladera con freezer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Televisor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Celular propio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Computadora (computadora de escritorio, <i>laptop, netbook</i> , etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Lector de libros digitales ( <i>e-book</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Consola de videojuegos ( <i>PlayStation, Nintendo Wii, Xbox, PC Gamer</i> , otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Baño en el interior del lugar donde vivís	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 17 En donde vivís, ¿cuántos baños hay?

(Seleccioná una opción)

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3 o más	<input type="checkbox"/>

**18 Quienes viven con vos, ¿tienen auto?**

 (Seleccioná una opción)

No tienen	<input type="checkbox"/>
Sí, tienen 1	<input type="checkbox"/>
Sí, tienen 2 o más	<input type="checkbox"/>

**19 Aproximadamente, ¿cuántos libros hay en el lugar donde vivís?** (pueden ser libros de poesía, cuentos, novelas, manuales escolares, diccionarios, enciclopedias, etc. en papel)

 (Seleccioná una opción. No incluir libros digitales)

Tené en cuenta que en un estante de 1 metro entran aproximadamente 50 libros

No hay libros en formato papel	<input type="checkbox"/>
De 1 a 5 libros	<input type="checkbox"/>
De 6 a 20 libros	<input type="checkbox"/>
De 21 a 50 libros	<input type="checkbox"/>
De 51 a 100 libros	<input type="checkbox"/>
Más de 100 libros	<input type="checkbox"/>

Si vivís en distintos lugares, respondé por aquel en el que dormiste la mayor cantidad de días la semana pasada.

## Ahora te vamos a preguntar sobre tu tiempo fuera de la escuela

### 20 En el último mes, durante tu tiempo libre, ¿hiciste lo siguiente?

(Seleccioná una opción por renglón)

		Sí	No
a.	Aprender idiomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Leer en <u>formato papel</u> libros, cómics, diarios, revistas, etc. que no sean los que me pidieron leer en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Leer en <u>formato digital</u> libros, cómics, diarios, revistas, etc. que no sean los que me pidieron leer en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Participar de un taller de escritura, literario y/o periodístico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Escribir ficción, notas, novelas, cuentos u otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Ir a eventos culturales (cine, teatro, recital, museo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Hacer actividades deportivas, físicas o de relajación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Hacer actividades artísticas (dibujo, música, danza, canto, teatro, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Participar de actividades comunitarias o solidarias (en comedores, asistencia a personas mayores, acciones religiosas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Asistir a fiestas, bailes o boliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Crear contenido para redes sociales (por ejemplo, subir videos a <i>Tiktok</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Jugar juegos <i>online</i> u <i>offline</i> (en la computadora, tablet o celular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Realizar actividades relacionadas a la programación, robótica, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21 La semana pasada, ¿hiciste estas actividades?, ¿por cuánto tiempo?**

 (Seleccioná una opción por renglón)

		No hice estas actividades	Menos de 5 horas en la semana	Entre 5 y 10 horas en la semana	Entre 11 y 20 horas en la semana	Más de 20 horas en la semana
a.	Tareas como hacer las compras, limpiar, lavar platos o ropa, o cocinar en el lugar donde vivís	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Cuidar a alguien de tu familia sin ayuda de un adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Llevar o buscar a alguien de tu familia a la escuela u otros lugares, sin ayuda de un adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Ayudar a construir o hacer arreglos en el lugar donde vivís	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Buscar agua o leña, cosechar la huerta o cuidar u ordeñar animales de granja o campo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 22 La semana pasada, ¿hiciste estas actividades?, ¿por cuánto tiempo?

(Seleccioná una opción por renglón)

		No hice esta actividad	Menos de 5 horas en la semana	Entre 5 y 10 horas en la semana	Entre 11 y 20 horas en la semana	Más de 20 horas en la semana
a.	Trabajar por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Trabajar para un empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Trabajar en el emprendimiento familiar o ayudar a familiares en su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si seleccionaste "No hice esta actividad" en todas tus respuestas, continuá con la **pregunta 24**.

## 23 ¿Recibiste dinero por hacer las actividades del cuadro anterior?

(Seleccioná una opción)

Sí, recibí dinero por todas ellas	<input type="checkbox"/>
Sí, recibí dinero por alguna de ellas	<input type="checkbox"/>
No, no recibí dinero	<input type="checkbox"/>

## Ahora te vamos a preguntar sobre tu historia escolar

### 24 ¿Fuiste al jardín de infantes?, ¿desde qué sala?

 (Seleccioná una opción)

Sí, desde sala de 3 o antes	<input type="checkbox"/>
Sí, desde sala de 4	<input type="checkbox"/>
Sí, desde sala de 5	<input type="checkbox"/>
No, no fui al jardín	<input type="checkbox"/>

### 25 ¿Repetiste de grado alguna vez?, ¿en qué ciclo escolar?

 (Seleccioná una opción por renglón)

		No	Sí, una vez	Sí, dos o más veces
a.	Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Secundaria: Ciclo Básico (1° y/o 2° año si tu secundaria es de 5 años; 1°, 2° y/o 3° año si tu secundaria es de 6 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Secundaria: Ciclo Orientado (3°, 4° y/o 5° año si tu secundaria es de 5 años; 4°, 5° y/o 6° año si tu secundaria es de 6 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 26 ¿Tenés materias previas?

 (Seleccioná una opción)

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

### 27 En lo que va del año, ¿cuántas faltas tenés?

(Seleccioná una opción)

Ninguna falta	<input type="checkbox"/>
Menos de 5 faltas	<input type="checkbox"/>
De 5 a 14 faltas	<input type="checkbox"/>
De 15 a 19 faltas	<input type="checkbox"/>
De 20 a 29 faltas	<input type="checkbox"/>
30 o más faltas	<input type="checkbox"/>

Si seleccionaste esta opción,  
continúa con la **pregunta 29**.

### 28 ¿Cuáles fueron las tres razones principales por las que acumulaste faltas?

(Seleccioná los tres motivos más importantes)

a.	Problemas de salud propios	<input type="checkbox"/>
b.	Problemas de salud de algún familiar	<input type="checkbox"/>
c.	Problemas de acceso a la escuela (debido al clima o al transporte)	<input type="checkbox"/>
d.	No tenía ganas de ir a la escuela	<input type="checkbox"/>
e.	Tenía que ayudar con las tareas del hogar	<input type="checkbox"/>
f.	Tenía que cuidar a alguna persona de la familia	<input type="checkbox"/>
g.	Estaba cursando un embarazo	<input type="checkbox"/>
h.	Estaba con mi periodo menstrual	<input type="checkbox"/>
i.	Estaba de vacaciones o de viaje	<input type="checkbox"/>
j.	Estaba trabajando	<input type="checkbox"/>
k.	Por llegar tarde	<input type="checkbox"/>
l.	Otro motivo	<input type="checkbox"/>

**29** Habitualmente, ¿cuáles son los dos medios que más usás para ir a la escuela?  
(Seleccioná hasta dos medios principales utilizados)

a.	Auto o moto	<input type="checkbox"/>
b.	Remis, taxi, Uber, Cabify u otras aplicaciones	<input type="checkbox"/>
c.	Colectivo	<input type="checkbox"/>
d.	Transporte escolar	<input type="checkbox"/>
e.	Bicicleta	<input type="checkbox"/>
f.	Tren o subterráneo	<input type="checkbox"/>
g.	Caminando	<input type="checkbox"/>
h.	Lancha, bote u otro	<input type="checkbox"/>
i.	Caballo o mula	<input type="checkbox"/>
j.	Otros medios	<input type="checkbox"/>

**30** Aproximadamente, ¿cuánto tiempo tardás en llegar a la escuela?  
(Seleccioná una opción)

Menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/>
Entre 30 minutos y una hora	<input type="checkbox"/>
Entre una hora y dos horas	<input type="checkbox"/>
Más de dos horas	<input type="checkbox"/>



**31 La semana pasada, fuera del horario escolar, aproximadamente, ¿cuánto tiempo estudiaste o hiciste tarea para la escuela?**

(Seleccioná una opción)

No estudié ni hice tarea fuera del horario escolar	<input type="checkbox"/>
Hasta 2 horas	<input type="checkbox"/>
Entre 2 y 4 horas	<input type="checkbox"/>
Entre 5 y 7 horas	<input type="checkbox"/>
Entre 8 y 10 horas	<input type="checkbox"/>
Más de 10 horas	<input type="checkbox"/>

**32 Según tu opinión...**

(Seleccioná una opción por renglón)

		Muy bien	Bien	Regular	Mal
a.	¿Cómo leés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Cómo escribís un texto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Cómo resolvés los problemas que tienen cálculos matemáticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Cómo resolvés los problemas de geometría (construir figuras, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ahora te vamos a preguntar sobre la convivencia en la escuela

### 33 En tu escuela...

(Seleccioná una opción por renglón)

		Sí	No	No sé
a.	¿Hay normas o acuerdos de convivencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Son conocidas las normas o acuerdos de convivencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Los estudiantes participan en la construcción de las normas o acuerdos de convivencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 34 En tu escuela, ¿hay organización estudiantil?, ¿qué forma de organización hay?

(Seleccioná todas las opciones que correspondan)

Sí, hay Centro de estudiantes	<input type="checkbox"/>
Sí, hay delegados por curso	<input type="checkbox"/>
Sí, hay otra forma de organización estudiantil	<input type="checkbox"/>
No, no hay organización estudiantil	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**35 Por lo general, ¿cómo es tu relación con las diferentes personas de la escuela?**

(Seleccioná una opción por renglón)

		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
a.	Compañeros de curso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Estudiantes de otros cursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Profesores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Preceptores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Equipo directivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Auxiliares (portero, personal de maestranza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36 Durante este año, ¿viviste alguna de las siguientes situaciones con personas de tu escuela?**

(Seleccioná una opción por renglón)

		Sí	No
a.	Te molestaron o dejaron de lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	En <u>redes sociales</u> , te amenazaron, agredieron o dijeron mentiras sobre vos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	De <u>forma física o verbal</u> , te amenazaron, agredieron o dijeron mentiras sobre vos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Te sacaron tus cosas o las rompieron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Trataste mal a algún compañero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Viste alguna situación donde agredieran a algún compañero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37 ¿Por cuáles de los siguientes motivos te molestan o discriminan?**(Seleccioná todas las opciones que correspondan)

a.	Calificaciones	<input type="checkbox"/>
b.	Lugar en el que naciste	<input type="checkbox"/>
c.	Situación socioeconómica de tu familia	<input type="checkbox"/>
d.	Discapacidad	<input type="checkbox"/>
e.	Religión	<input type="checkbox"/>
f.	Intereses y gustos	<input type="checkbox"/>
g.	Aspectos físicos	<input type="checkbox"/>
h.	Vestimenta	<input type="checkbox"/>
i.	Orientación sexual	<input type="checkbox"/>
j.	Por reconocerte o descender de un pueblo indígena (por ejemplo: Mapuche, Kolla, Toba, Wichi, Diaguita, Guaraní, Qom, otro)	<input type="checkbox"/>
k.	Otros motivos	<input type="checkbox"/>
l.	No me molestan ni discriminan en la escuela	<input type="checkbox"/>

**38 Cuando en tu curso hay un problema de convivencia, ¿cuáles son las tres formas más habituales que usan en tu escuela para resolverlo?**

(Seleccioná tres opciones)

a.	Se habla con profesores, preceptores o directores	<input type="checkbox"/>
b.	Se comunican con las familias	<input type="checkbox"/>
c.	Se hacen charlas o talleres para reflexionar	<input type="checkbox"/>
d.	Interviene el Equipo de Orientación Escolar	<input type="checkbox"/>
e.	Se hacen actividades reparadoras, colaborativas o comunitarias	<input type="checkbox"/>
f.	Se aborda en los espacios de participación (Consejo de aula, Consejo de convivencia, etc.)	<input type="checkbox"/>
g.	Se aplican sanciones	<input type="checkbox"/>
h.	No se le da importancia y se deja pasar	<input type="checkbox"/>
i.	Otra forma	<input type="checkbox"/>

**39 ¿Sentís que en tu escuela pasa lo siguiente?**

(Seleccioná una opción por renglón)

		Sí	No
a.	Podés contarle a tus profesores o preceptores lo que te pasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Tus profesores o preceptores se preocupan por saber cómo te sentís	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Los profesores, preceptores o directores te dan contención y te acompañan cuando lo necesitás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Los directores de la escuela te escuchan cuando lo necesitás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ahora, te vamos a preguntar sobre el uso de las redes sociales

### 40 ¿Usás las siguientes redes sociales?

(Seleccioná una opción por renglón)

		Sí	No
a.	WhatsApp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	TikTok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Instagram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Threads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Facebook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Messenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	X -Twitter-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	YouTube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Snapchat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Twitch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Discord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Telegram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**41 Cuando usás dispositivos (celular, computadora o tablet), ¿pasa lo siguiente?**  
(Seleccioná una opción por renglón)

		Sí	No
a.	Aceptás en las redes sociales a personas que no conocés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Hablás con desconocidos en línea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Hacés amigos nuevos por las redes sociales, aplicaciones o juegos online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Bloqueás a contactos desconocidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Cambiás las opciones de privacidad de las aplicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Ponés privacidad a tus fotos y videos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Compartís información personal (datos personales o familiares, fotos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Recibís consejos de personas adultas sobre cómo cuidarte en las redes sociales, aplicaciones o juegos <i>on-line</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Tenés límite de horario para el uso del celular, computadora o tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Alguien de tu familia conoce o supervisa lo que hacés cuando usás celular, computadora o tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	En tus dispositivos tenés alguna aplicación de control parental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Participás en juegos de apuestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Para terminar, nos gustaría conocer cómo te sentís y tus proyectos para el futuro

- 42** Los cambios en los estados de ánimo son habituales en la vida de las personas. ¿En los últimos tres meses, tuviste durante un tiempo o en forma continua los estados de ánimo mencionados en el siguiente cuadro?  
(Seleccioná una opción por renglón)

		Sí	No
a.	Cansancio, falta de energía y sensación de agotamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Sensación de nerviosismo acompañado de miedo y respiración acelerada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Dolores de cabeza acompañado de falta de concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Tristeza acompañada de miedo, falta de confianza en vos y pensamientos negativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Sentimiento de soledad acompañado de irritabilidad y tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Dificultad para conciliar el sueño por cambios en los horarios de la rutina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Bienestar personal acompañado de entusiasmo y seguridad en vos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Conductas que afectan a la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 43 Al finalizar el secundario, ¿qué proyectos inmediatos tenés?

(Seleccioná todas las opciones que consideres)

a.	Trabajar	<input type="checkbox"/>
b.	Continuar estudios superiores (universitario o no universitario)	<input type="checkbox"/>
c.	Hacer cursos de capacitación laboral (electricidad, peluquería, manicuría, de huer- ta, artesanías, del área de construcciones, etc.)	<input type="checkbox"/>
d.	Ayudar a mi familia con las tareas del hogar	<input type="checkbox"/>
e.	Producir contenidos para las redes sociales	<input type="checkbox"/>
f.	Jugar videojuegos para generar dinero	<input type="checkbox"/>
g.	Realizar trabajos solidarios o comunitarios (participación en comedores, asistencia a personas mayores, acciones religiosas, etc.)	<input type="checkbox"/>
h.	Desarrollar un emprendimiento personal o familiar	<input type="checkbox"/>
i.	Desarrollar otras actividades (viajar, hacer deportes, actividades artísticas, etc.)	<input type="checkbox"/>
j.	Aún no lo decidí	<input type="checkbox"/>

### 44 ¿Sentís que tu familia apoya tus proyectos a futuro y te ayuda en la toma de decisiones?

(Seleccioná una opción)

Sí, me apoya y me ayuda a tomar decisiones	<input type="checkbox"/>
Sí, me apoya, pero no me ayuda a tomar decisiones	<input type="checkbox"/>
No me apoya, pero me ayuda a tomar decisiones	<input type="checkbox"/>
No me apoya ni me ayuda a tomar decisiones	<input type="checkbox"/>

**¡Felicitaciones por estar  
finalizando la escuela  
secundaria!**



**¡Muchas gracias por tu participación!**



**Ministerio de  
Capital Humano**  
República Argentina

**Secretaría  
de Educación**

