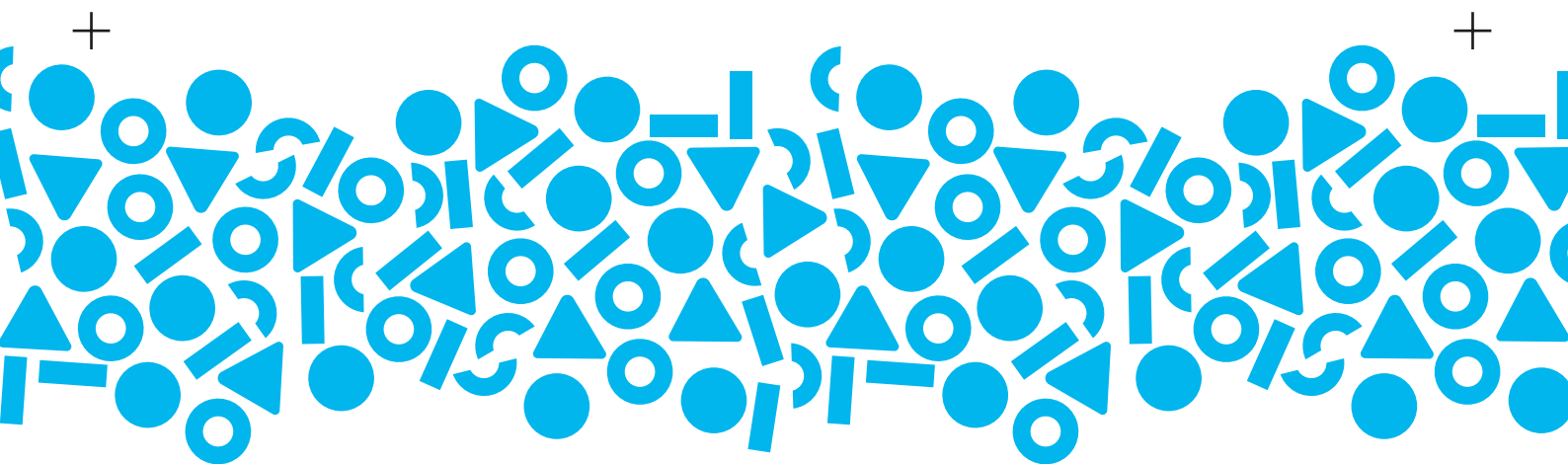


# Cuadernillo para estudiantes

## Aprender 2022

Plan de  
Evaluación  
2021-2022

**Modelo 2 - Escenario 2**  
5°/6° año de la Educación Secundaria



Jurisdicción

CUE

Anexo

Sección

Turno

ID Estudiante

 **la educación**  
nuestra bandera

Secretaría de Evaluación  
e Información Educativa



Ministerio de Educación  
**Argentina**



## ¡Hola, chicas y chicos!

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

Este cuadernillo está compuesto por:

- 1 Hoja de respuestas para ítems de respuesta cerrada de Lengua
- 1 Hoja de respuestas para ítems de respuesta abierta de Lengua
- 1 Hoja de respuestas para ítems de respuesta cerrada de Matemática
- 1 Cuestionario para Estudiantes

## INSTRUCCIONES DE LLENADO

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

### Ejemplo de cómo rellenar



### Respuestas no válidas



El cuestionario se debe responder siempre con el lápiz negro que te dieron junto con el formulario. En caso de querer modificar tu respuesta, borra completamente el cuadrado utilizando la goma recibida y marcá la opción que consideres correcta.

- Las pruebas con los ejercicios de **respuestas cerradas** 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 entre las cuatro disponibles.
  - Para responder estos ejercicios tenés que marcar la opción en la Hoja de respuestas que corresponde al área que estás contestando.
  - Podés hacer anotaciones y usar como borrador el Cuadernillo de la 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 hojas que corresponden a las áreas evaluadas, debés contestar el Cuestionario complementario ubicado en este Cuadernillo para Estudiantes





**1 Completá...**


**2 Enumerá**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Revisá tus respuestas antes de entregar.





<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"/>







¡Hola!

En este cuestionario encontrarás algunas preguntas personales que pueden resultarte algo extrañas, pero son sumamente valiosas. Tu opinión y participación es importante, por eso te pedimos que completes el cuestionario hasta el final.

**¿Por qué es importante responder este cuestionario?**

Es importante porque tus respuestas nos permitirán relacionar los resultados de las evaluaciones con otros temas vinculados, por ejemplo, a tu experiencia en la escuela.

¡Nos importa mucho lo que nos quieras contar!

Por favor, leé y contestá con tranquilidad todas las preguntas. 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 según lo que te parece. El cuestionario es anónimo para que puedas expresarte con libertad: nadie podrá saber que estas respuestas son tuyas.

**¡Ahora sí! 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 seleccionar UNA opción**

**x** ¿En qué país naciste?  
(Seleccioná una opción)

Argentina	<input checked="" type="checkbox"/>	Uruguay	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>	Venezuela	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>	Otro país de América	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>	En un país de Europa	<input type="checkbox"/>
Colombia	<input type="checkbox"/>	En un país de Asia	<input type="checkbox"/>
Ecuador	<input type="checkbox"/>	En un país de África	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Perú	<input type="checkbox"/>		

**EJEMPLO 2. Preguntas para seleccionar UNA opción por renglón****Ejemplo A: Preguntas para marcar una opción por renglón**

- x** Al volver la presencialidad escolar, ¿en qué medida las siguientes acciones fueron importantes para tus aprendizajes?

(En una escala de 1 a 4, en la que 1 es “Nada importante” y 4 es “Muy importante”, marca una opción por renglón)

	Nada importante 1	2	3	Muy importante 4
Recibir devoluciones de las y los docentes de manera presencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultar dudas sobre actividades o temas a las y los docentes de manera presencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Repasar contenidos de años anteriores con las y los docentes durante las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ejemplo B: Preguntas para seleccionar por SÍ o NO**

- x** Recordando los momentos en los que no hubo clases presenciales, ¿las siguientes situaciones ocurrieron con frecuencia?

(Marca una opción por renglón)

	SÍ	No
No tener conexión a Internet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener dificultades en la conexión a Internet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tener celular, computadora, <i>tablet</i> , etc. propios con acceso a Internet	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tener que compartir entre varias personas un celular, computadora, <i>tablet</i> , etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tener un lugar tranquilo para realizar trabajos, actividades o tareas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**EJEMPLO 3. Preguntas para seleccionar MÚLTIPLES opciones**

- x** ¿Con quién o quiénes vivís?

(Seleccioná todas las opciones más frecuentes)

Madre	<input checked="" type="checkbox"/>	Hermana(s) o hermano(s) mayor(es)	<input type="checkbox"/>
Padre	<input checked="" type="checkbox"/>	Tía(s) o tío(s)	<input checked="" type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	Abuela(s) o abuelo(s)	<input checked="" type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	Novia o novio	<input type="checkbox"/>
Pareja de mi madre o padre	<input type="checkbox"/>	Amistades	<input type="checkbox"/>
Hija(s) o hijo(s)	<input type="checkbox"/>	Otra(s) persona(s)	<input type="checkbox"/>
Hermana(s) o hermano(s) menor(es)	<input type="checkbox"/>		

*Si vivís en distintas casas, respondé por aquella en la que dormiste más días la semana pasada.*

**¡Ahora sí! comenzamos con el cuestionario. Recordá que si tenés alguna duda le podés consultar a la persona que te lo entregó.**

**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)

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<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	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>
X	<input type="checkbox"/>

**4 ¿En qué país naciste?**

(Seleccioná una opción)

Argentina	<input type="checkbox"/>	Perú	<input type="checkbox"/>
Bolivia	<input type="checkbox"/>	Uruguay	<input type="checkbox"/>
Brasil	<input type="checkbox"/>	Venezuela	<input type="checkbox"/>
Chile	<input type="checkbox"/>	Otro país de América	<input type="checkbox"/>
Colombia	<input type="checkbox"/>	En un país de Europa	<input type="checkbox"/>
Ecuador	<input type="checkbox"/>	En un país de Asia	<input type="checkbox"/>
Paraguay	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

**5 ¿Tu(s) madre(s) o padre(s) nacieron en otro país que no sea Argentina?**(Seleccioná una opción)

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

**6 ¿Tu(s) madre(s) o padre(s) pertenecen a un pueblo originario o indígena o son descendientes de una familia originaria o indígena?**(Seleccioná una opción)

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

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

**7 ¿Tu(s) madre(s) o padre(s) son afrodescendientes?**(Seleccioná una opción)

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

**8 Contándote a vos, ¿con cuántas personas vivís?**(Seleccioná una opción)

*Si vivís en distintas casas, respondé por aquella en la que dormiste más días la semana pasada.*

Vivo sola o 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 10**.

**9 ¿Con quién o quiénes vivís?**

(Seleccioná todas las opciones que consideres)

*Si vivís en distintas casas,  
respondé por aquella en la  
que dormiste más días la  
semana pasada.*

a. Madre	<input type="checkbox"/>	h. Hermana(s) o hermano(s) mayor(es)	<input type="checkbox"/>
b. Padre	<input type="checkbox"/>	i. Tía(s) o tío(s)	<input type="checkbox"/>
c. Madre	<input type="checkbox"/>	j. Abuela(s) o abuelo(s)	<input type="checkbox"/>
d. Padre	<input type="checkbox"/>	k. Novia o novio	<input type="checkbox"/>
e. Pareja de mi madre o padre	<input type="checkbox"/>	l. Amistades	<input type="checkbox"/>
f. Hija(s) o hijo(s)	<input type="checkbox"/>	m. Otra(s) persona(s)	<input type="checkbox"/>
g. Hermana(s) o hermano(s) menor(es)	<input type="checkbox"/>		

**10 ¿Tenés hija(s) o hijo(s)?**

(Seleccioná una opción)

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

**11 En total, ¿cuántas habitaciones o espacios para dormir hay en el lugar donde vivís, sin contar baño y 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 distintas casas,  
respondé por aquella en la  
que dormiste más días la  
semana pasada.*

**12 ¿Disponés de los siguientes objetos, servicios o espacios en el lugar donde vivís?**(Marcá una opción por renglón)

*Si vivís en distintas casas,  
respondé por aquella en la  
que dormiste más días la  
semana pasada.*

	Sí	No
<b>12.a</b> Un lugar tranquilo para estudiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.b</b> Baño con ducha o bañera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.c</b> Canilla con agua apta para el consumo humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.d</b> Heladera con freezer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.e</b> Lavarropas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.f</b> Consola de videojuegos ( <i>PlayStation, Nintendo Wii, Xbox, PC Gamer, otras</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.g</b> Computadora (computadora de escritorio, <i>laptop, netbook, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.h</b> Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.i</b> Lector de libros digitales ( <i>e-book</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.j</b> Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.k</b> Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.l</b> Servicio de <i>streaming</i> por suscripción ( <i>Netflix, Amazon, Disney+, otros</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.m</b> Televisión por cable o digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13 ¿Tenés celular propio?**(Seleccioná una opción)

Sí

☐

No

☐

Si seleccionaste esta  
opción, continuá con la  
**pregunta 15.**

**14 Desde tu celular, ¿podés acceder a Internet por medio de datos?**(Seleccioná una opción)

Sí

☐

No

☐

**15 Aproximadamente, ¿cuántos libros hay donde vivís?**

(Seleccioná una opción. No incluir libros digitales)

No tengo 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 distintas casas, respondé por aquella en la que dormiste más días la semana pasada.*

**16 ¿Cuál fue el último nivel educativo alcanzado por tu(s) madre(s), padre(s) o persona adulta responsable?**

Completá las filas según corresponda en tu situación. Por ejemplo, si tenés madre y padre, tenés que completar *Fila 1* y *2*, si tenés dos madres, tenés que completar *Fila 1* y *3* y así para el resto de las posibilidades. (Tené en cuenta que en esta pregunta van a quedar filas y columnas vacías. Marcá una opción por renglón, según tu caso)

		Primario	Secundario	Terciario, universitario o posgrado	No fue a la escuela
<b>16.a</b>	<i>Fila 1</i> Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16.b</b>	<i>Fila 2</i> Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16.c</b>	<i>Fila 3</i> Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16.d</b>	<i>Fila 4</i> Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16.e</b>	<i>Fila 5</i> Persona adulta responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Si seleccionaste esta opción, continuá con la **pregunta 18.**

**17 El último nivel educativo alcanzado por tu(s) madre(s), padre(s) o persona adulta responsable, ¿fue completado?**

(Teniendo en cuenta el orden de la respuesta anterior, marcá una opción por renglón, según tu caso. Recordá que en esta pregunta van a quedar filas y columnas vacías)

		Sí, completó el nivel	No, no completó el nivel
<b>17.a</b>	<i>Fila 1</i> Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17.b</b>	<i>Fila 2</i> Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17.c</b>	<i>Fila 3</i> Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17.d</b>	<i>Fila 4</i> Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17.e</b>	<i>Fila 5</i> 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.*

(Marcá una opción por renglón)

	No realicé esta tarea	Menos de 5 horas en la semana	Entre 5 y 9 horas en la semana	Entre 10 y 14 horas en la semana	Entre 15 y 19 horas en la semana	20 horas o más en la semana
<b>18.a</b>	Realizar tareas en la casa, como limpiar, lavar platos o ropa, cocinar, hacer las compras, cuidar animales domésticos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18.b</b>	Cuidar o acompañar a una o varias personas de la familia, sin asistencia de nadie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18.c</b>	Llevar o buscar a una o varias personas de la familia a la escuela u otras actividades, sin asistencia de nadie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18.d</b>	Ayudar en la construcción o en arreglos de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18.e</b>	Buscar agua o leña para llevar a la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18.f</b>	Cultivar o cosechar en la huerta, ordeñar o cuidar animales de granja o campo, para comer en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**19 La semana pasada, ¿realizaste algunas de las siguientes actividades?, ¿cuánto tiempo le dedicaste?**

(Marcá una opción por renglón)

	No realicé 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
<b>19.a</b> Trabajar fuera del hogar para una o un empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.b</b> Trabajar fuera del hogar por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.c</b> Trabajar dentro del hogar para una o un empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.d</b> Trabajar dentro del hogar por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.e</b> Participar del trabajo familiar fuera del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.f</b> Participar del trabajo familiar dentro del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si seleccionaste "No realicé esta actividad" en todas tus respuestas continúa con la **pregunta 21**.

**20 ¿Recibiste dinero por haber realizado las actividades del cuadro anterior?**

(Seleccioná una opción)

- Sí, recibí dinero por todas ellas ☐
- Sí, recibí dinero por alguna de ellas ☐
- No, no recibí dinero ☐

**21 En el último mes, durante tu tiempo libre, ¿realizaste las siguientes actividades?**(Marcá una opción por renglón)

	Sí	No
<b>21.a</b> Realizar actividades deportivas o físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.b</b> Realizar actividades de relajación (meditación, ejercicios de respiración, caminatas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.c</b> Realizar actividades artísticas (dibujo, música, danza, canto, teatro, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.d</b> Realizar actividades comunitarias o solidarias (en comedores, asistencia a personas mayores, acciones religiosas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.e</b> Encuentros con amigas y amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.f</b> Asistir a fiestas con amigas y amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.g</b> Asistir a eventos culturales (cine, teatro, recital, museo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.h</b> Leer libros que no forman parte de ninguna materia escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.i</b> Leer cómics, diarios, revistas, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.j</b> Aprender idiomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.k</b> Usar redes sociales ( <i>YouTube, Twitch, Instagram, Tik Tok</i> , etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.l</b> Crear contenidos para redes sociales ( <i>YouTube, Twitch, Instagram, Tik Tok</i> , etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.m</b> Jugar de manera digital ( <i>online</i> u <i>offline</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.n</b> Jugar juegos de mesa de manera presencial (cartas, ajedrez, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.ñ</b> Realizar actividades relacionadas a la programación, robótica, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.o</b> Ver series, películas o videos en la casa donde vivís o en la casa de otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22 La semana pasada, fuera del horario escolar, ¿cuánto tiempo en la semana dedicaste a estudiar o a realizar las tareas escolares?**(Seleccioná una opción)

No estudié ni realicé las tareas 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"/>

- 23** ¿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"/> |

### A continuación, te vamos a preguntar sobre tu historia escolar

- 24** ¿Fuiste al jardín de infantes?  
(Seleccioná una opción)

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Sí, desde sala de 3 años | <input type="checkbox"/> |
| Sí, desde sala de 4 años | <input type="checkbox"/> |
| Sí, desde sala de 5 años | <input type="checkbox"/> |
| No, no fui al jardín     | <input type="checkbox"/> |
| No sé                    | <input type="checkbox"/> |

- 25** ¿Repetiste algún año durante tu escolaridad?  
(Marcá una opción por renglón)

	No	Sí, una vez	Sí, dos o más veces
<b>25.a</b> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25.b</b> Secundaria: Ciclo Básico (1º y 2º año si tu secundaria es de 5 años; 1º, 2º y 3º año si tu secundaria es de 6 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25.c</b> Secundaria: Ciclo Orientado (3º, 4º y 5º/6º año si tu secundaria es de 5 años; 4º, 5º y 6º/7º año si tu secundaria es de 6 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26 En lo que va del año, ¿cuántas inasistencias tenés?**(Seleccioná una opción)

Ninguna inasistencia

☐

Menos de 5 inasistencias

☐

De 5 a 9 inasistencias

☐

De 10 a 14 inasistencias

☐

De 15 a 19 inasistencias

☐

20 o más inasistencias

☐

Si  
seleccionaste  
esta opción,  
continúa con  
la **pregunta  
28.**

**27 En general, ¿cuáles fueron los tres principales motivos de las inasistencias?**(Seleccioná los tres motivos más importantes)**27.a** Problemas de salud propios☐**27.b** Problemas de salud de algún familiar☐**27.c** Problemas de acceso a la escuela (debido al clima o al transporte)☐**27.d** Por llegar tarde a clases☐**27.e** No tenía ganas de ir a la escuela☐**27.f** Tenía que ayudar con las tareas del hogar☐**27.g** Tenía que cuidar a una o varias personas de la familia☐**27.h** Estaba o estoy cursando un embarazo☐**27.i** Estaba trabajando☐**27.j** Otro motivo☐

## Ahora, te vamos a pedir que recuerdes los momentos de aislamiento o distanciamiento que viviste entre los años 2020 y 2021

### 28 Recordando los momentos en los que no hubo clases presenciales, ¿las siguientes situaciones ocurrieron con frecuencia?

(Marcá una opción por renglón)

	Sí	No
28.a No tener conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.b Tener dificultades en la conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.c No tener celular, computadora, <i>tablet</i> , etc. propios con acceso a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.d Tener que compartir entre varias personas un celular, computadora, <i>tablet</i> , etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.e No tener un lugar tranquilo para realizar trabajos, actividades o tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 29 Recordando los momentos en los que no hubo clases presenciales, ¿te parece que las siguientes situaciones impactaron de manera negativa en tus aprendizajes?

(Marcá una opción por renglón)

	Sí	No
29.a Tener que estar presente en muchas clases virtuales durante la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.b No poder concentrarme en las clases virtuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.c No recibir o recibir pocos trabajos, actividades o tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.d Recibir muchos trabajos, actividades o tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.e Dificultad para organizar los tiempos escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.f No tener contacto presencial con compañeras o compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.g No tener ganas de conectarme con lo escolar (clases virtuales, trabajos, actividades o tareas; comunicación con docentes y compañeras o compañeros, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.h Cambios en los estados de ánimo por la situación de aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.i Preocupación por el contexto mundial por COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.j Situaciones familiares (enfermedad, desocupación, pérdida de un familiar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30 Al volver la presencialidad escolar, ¿en qué medida las siguientes acciones fueron importantes para tus aprendizajes?**

(En una escala de 1 a 4, en la que 1 es "Nada importante" y 4 es "Muy importante", marcá una opción por renglón)

		Nada importante			Muy importante
		1	2	3	4
30.a	Recibir devoluciones de las y los docentes de manera presencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.b	Consultar dudas sobre actividades o temas a las y los docentes de manera presencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.c	Repasar contenidos de años anteriores con las y los docentes durante las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.d	Realizar actividades con compañeras y compañeros del curso de manera presencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.e	Tener una rutina escolar (horarios pautados, clases presenciales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31 En la actualidad, ¿qué pensás acerca de los siguientes aspectos si los comparás con los momentos anteriores a la pandemia?**

(Marcá una opción por renglón)

		Disminuyó	Se mantuvo igual	Aumentó
31.a	La resolución de trabajos, actividades o tareas usando TIC ( <i>Word, Power Point, Paddlet, Drive</i> , etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.b	El tiempo destinado al uso de Internet para realizar trabajos, actividades o tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.c	Los trabajos, actividades o tareas para realizar fuera del horario escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.d	Los contenidos o temas vistos en las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.e	La autonomía y responsabilidad como estudiante en la organización de los tiempos, realizando tareas, estudiando, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.f	El tiempo que comparto con compañeras y compañeros fuera de la escuela, de manera presencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.g	El tiempo que comparto con compañeras y compañeros fuera de la escuela, en la virtualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32 En la actualidad, ¿qué ocurre con los siguientes aspectos si los comparás con los momentos previos a la pandemia?**

(Marcá una opción por renglón)

	Disminuyó	Se mantuvo igual	Aumentó
<b>32.a</b> La comunicación entre docentes y estudiantes por medio de grupos de <i>WhatsApp</i> , correo electrónico, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>32.b</b> La comunicación entre las y los compañeros del curso por medio de grupos de <i>WhatsApp</i> , correo electrónico, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>32.c</b> La comunicación entre el equipo directivo y las familias por medio de grupos de <i>WhatsApp</i> , correo electrónico, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Para finalizar, nos gustaría que nos cuentes sobre la convivencia en tu escuela**

**33 Durante este año, en general, ¿cómo es tu vínculo con las diferentes personas de la escuela?**

(En una escala de 1 a 4, en la que 1 es "Malo" y 4 es "Muy bueno", marcá una opción por renglón)

	Malo			Muy bueno
	●	●	●	●
	1	2	3	4
<b>33.a</b> Compañeras y compañeros de curso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33.b</b> Estudiantes de otros cursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33.c</b> Profesoras y profesores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33.d</b> Preceptoras y preceptores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33.e</b> Equipo directivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33.f</b> Auxiliares (portera o portero, personal de maestranza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34 Durante los últimos tres meses, ¿viviste alguna de las siguientes situaciones con personas de tu escuela?**(Marcá una opción por renglón)

		Sí	No
<b>34.a</b>	Te molestaron o dejaron de lado por aspectos físicos, por las calificaciones o por otras razones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34.b</b>	En redes sociales, te amenazaron, agredieron o dijeron mentiras sobre vos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34.c</b>	Te amenazaron, agredieron (física o verbalmente) o dijeron mentiras sobre vos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34.d</b>	Te quitaron tus cosas o las rompieron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35 Sobre las normas de convivencia de tu escuela...**(Marcá una opción por renglón)

		Sí	No	No sé
<b>35.a</b>	Mi escuela tiene normas de convivencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35.b</b>	He leído las normas de convivencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35.c</b>	Las y los estudiantes participamos en la definición de las normas de convivencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36 Cuando en la escuela se produce un conflicto (agresiones, discusiones, insultos, amenazas, robo, etc.), ¿cuáles son las tres formas más frecuentes de intervención?**(Seleccioná tres opciones)

<b>a.</b>	Las personas involucradas hablan con docentes, preceptoras o preceptores o equipo directivo, etc.	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b>	Con sanciones (actas, fichas, créditos, etc.)	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b>	El equipo directivo habla con las familias de las personas involucradas	<input type="checkbox"/>
<b>d.</b>	Las personas adultas de la escuela realizan charlas o talleres reflexivos	<input type="checkbox"/>
<b>e.</b>	Interviene el Consejo Institucional de Convivencia	<input type="checkbox"/>
<b>f.</b>	Interviene el Equipo de Orientación Escolar	<input type="checkbox"/>
<b>g.</b>	Con actividades reparadoras, colaborativas o comunitarias	<input type="checkbox"/>
<b>h.</b>	Se realizan charlas o talleres con agentes externos a la escuela	<input type="checkbox"/>
<b>i.</b>	No se le da importancia y se deja pasar	<input type="checkbox"/>



**37** En tu escuela, ¿hay organización estudiantil?, ¿qué forma de organización hay?  
(Seleccioná una opción, la que más represente a tu escuela)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Sí, hay Centro de estudiantes                  | <input type="checkbox"/> |
| Sí, hay delegadas y 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"/> |

**¡Muchas gracias por tu participación!**

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

# Cuadernillo para estudiantes

**Aprender** 2022 Plan de  
Evaluación  
2021-2022

**Modelo 2 - Escenario 2**  
5°/6° año de la Educación Secundaria

