

+

+

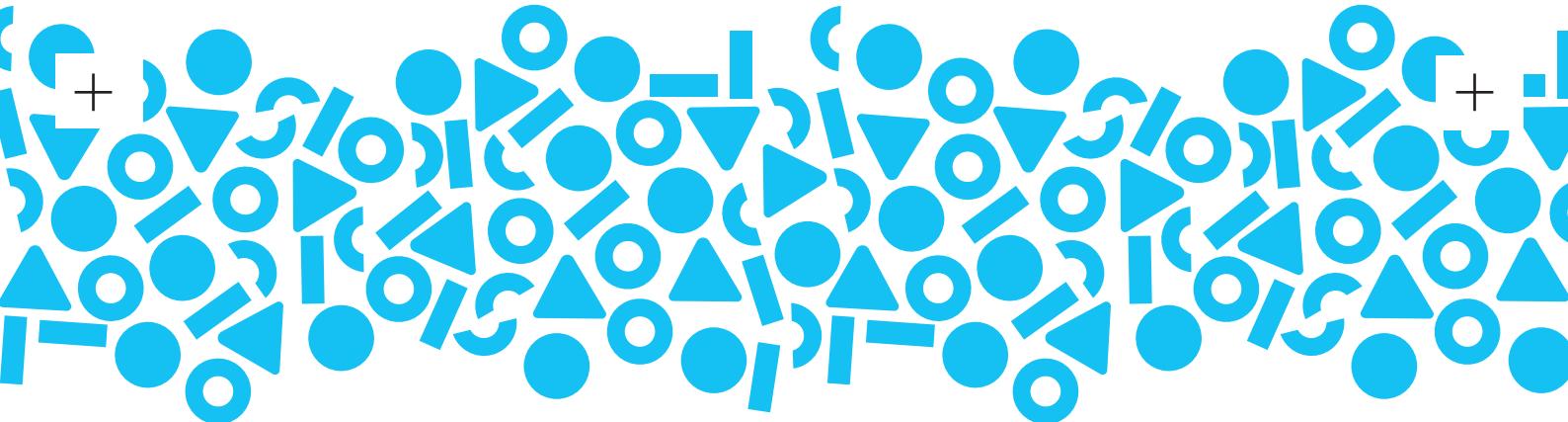
Cuadernillo para estudiantes

Aprender 2021

Plan de
Evaluación
2021-2022

Modelo 1

6º grado de la Educación Primaria



Jurisdicción

CUE

Anexo

Sección

Turno

ID Estudiante

Argentina unida

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 **hojas de respuestas** (una para Matemática y otra para Lengua) y un Cuestionario para Estudiantes.

Instrucciones de llenado

¡Así tenés que llenar!



Respuestas NO VÁLIDAS:



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, borrá completamente el cuadrado y marcá la opción que consideres correcta.



- Las pruebas con los ejercicios están en dos cuadernillos aparte (Lengua y Matemática). 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 esos 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.
- Luego de los ejercicios de Lengua y Matemática, vas a encontrar **Preguntas de Autoevaluación** sobre la prueba en sí misma que deberás responder en las **Hojas de respuesta de Autoevaluación** correspondientes a cada material. Estas Hojas de respuesta se ubican a continuación de las Hojas de respuestas de los ejercicios.
- Al terminar de responder las dos hojas que corresponden a las áreas evaluadas, debés contestar el **cuestionario complementario** ubicado en el Cuadernillo para Estudiantes.







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"/>
D <input type="checkbox"/>
E <input type="checkbox"/>
F <input type="checkbox"/>
G <input type="checkbox"/>
H <input type="checkbox"/>
I <input type="checkbox"/>
J <input type="checkbox"/>
K <input type="checkbox"/>

4
A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>





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"/>
D <input type="checkbox"/>
E <input type="checkbox"/>
F <input type="checkbox"/>
G <input type="checkbox"/>
H <input type="checkbox"/>
I <input type="checkbox"/>

4
A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>





¡Hola!

¿Cómo estás? Te queremos contar que estamos haciendo esta encuesta a las y los estudiantes de todas las escuelas del país, y por eso te pedimos que participes.

¡Nos importa mucho lo que nos quieras contar!

Por favor, leé y contestá con tranquilidad todas las preguntas de este cuestionario. Recordá que este cuestionario NO es una prueba y que no hay respuestas correctas o incorrectas. Te pedimos que respondas siempre de acuerdo a tu opinión o a lo que te parece. El cuestionario es anónimo para que puedas expresarte con libertad: nadie podrá saber que estas respuestas son tuyas.

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

¡Muchas gracias por participar!



A continuación te contamos cómo completar este cuestionario.



Hay diferentes tipos de preguntas:

EJEMPLO 1. Preguntas para elegir SOLAMENTE una opción:

¿Cuántos años tenés?
(Seleccioná una sola opción)

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

EJEMPLO 2. Preguntas de respuesta Sí o NO:

¿Te gusta ir a la escuela?
(Seleccioná la opción que corresponda y respondé teniendo en cuenta toda tu experiencia escolar)

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





EJEMPLO 3. Preguntas para elegir una sola opción por renglón o fila

Pensando en tu escuela, ¿qué tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones?

(Seleccioná una opción por renglón)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo
En la escuela siento que me excluyen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la escuela tengo amigos/as	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento parte de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la escuela me siento incómodo y fuera de lugar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la escuela me siento solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

EJEMPLO 4. Preguntas para elegir todas las opciones que correspondan o te parezca.

¿Cuáles de los siguientes objetos/servicios hay en el lugar donde vivís?

(Seleccioná todas las opciones que correspondan. Si vivís en dos casas distintas, respondé por aquella donde vivís más días)

Agua potable	<input checked="" type="checkbox"/>
Heladera con freezer	<input type="checkbox"/>
Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>
Televisión por cable/Televisión digital	<input checked="" type="checkbox"/>
Cuarto/s de baño con ducha o bañera	<input checked="" type="checkbox"/>
Calefacción	<input type="checkbox"/>
Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>
Un escritorio para estudiar	<input type="checkbox"/>
Un lugar tranquilo para estudiar	<input type="checkbox"/>
Una computadora que puedas usar para tus tareas escolares	<input type="checkbox"/>
Libros	<input type="checkbox"/>
Servicio de streaming por suscripción (Netflix, Amazon, Disney+, otros)	<input type="checkbox"/>





Cuestionario para Estudiantes

Ahora sí, comenzamos con las preguntas del cuestionario. Recordá que 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.

En esta primera sección te vamos a preguntar por algunos datos personales

1 ¿Cuántos años tenés?

(Seleccioná una sola opción)

10 años o menos

11 años

12 años

13 años

14 años o más



2 ¿Cuál es el mes de tu cumpleaños?

(Seleccioná una sola opción)

Enero

Febrero

Marzo

Abril

Mayo

Junio

Julio

Agosto

Septiembre

Octubre

Noviembre

Diciembre





3

¿Cuál es tu género?(Seleccioná una sola opción)

Varón

Mujer

X

4

¿En qué país nacieron vos, tu/s mamá/s y tu/s papá/s?

(Completá las columnas según corresponda en tu situación. Por ejemplo, si tenés mamá y papá, tenés que completar las 3 primeras columnas, si tenés dos mamás, tenés que completar la primera, la segunda y la cuarta, y con esa lógica para el resto de las posibilidades, según tu caso. En esta pregunta van a quedar columnas vacías.)

	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5
	Vos	Mamá	Papá	Mamá	Papá
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"/>				
Otros	<input type="checkbox"/>				
No sé	<input type="checkbox"/>				

Si naciste
en Argentina,
pasá a la
pregunta 6



5

¿Qué edad tenías cuando viniste a Argentina?(Seleccioná una sola opción)

- | | |
|----------------|--------------------------|
| Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> |
| 1 año | <input type="checkbox"/> |
| 2 años | <input type="checkbox"/> |
| 3 años | <input type="checkbox"/> |
| 4 años | <input type="checkbox"/> |
| 5 años | <input type="checkbox"/> |
| 6 años | <input type="checkbox"/> |
| 7 años | <input type="checkbox"/> |
| 8 años | <input type="checkbox"/> |
| 9 años | <input type="checkbox"/> |
| 10 años | <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"/> |
| No sé | <input type="checkbox"/> |

6

La mayor parte del tiempo, ¿qué idioma se habla en tu casa?(Seleccioná una sola opción)

- | | |
|---|--------------------------|
| Castellano/Español | <input type="checkbox"/> |
| Lenguas indígenas/originarias (quechua, guaraní, mapuche, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| Portugués | <input type="checkbox"/> |
| Inglés | <input type="checkbox"/> |
| Otro idioma | <input type="checkbox"/> |

Si vivís en dos casas distintas, respondé por aquella donde vivís más días.



7

¿Cuántas personas viven en tu casa?(Seleccioná una sola opción)

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
10 o más	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**Si vivís en dos casas distintas,
respondé solo por aquella donde
vivís más días.**

8

¿Con quién/quiénes vivís?

(Seleccioná todas las personas que correspondan)

Madre	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>
Pareja de madre/padre	<input type="checkbox"/>
Adulto/a a cargo	<input type="checkbox"/>
Hermano/a	<input type="checkbox"/>
Tío/a	<input type="checkbox"/>
Abuelo/a	<input type="checkbox"/>
Otro/a	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>

**Si vivís en dos casas distintas,
respondé solo por aquella donde
vivís más días.**



9

¿Cuántas habitaciones tiene el lugar donde vivís, sin contar la cocina y el baño?(Seleccioná una sola opción)

- | | |
|---------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="checkbox"/> |
| 9 o más | <input type="checkbox"/> |
| No sé | <input type="checkbox"/> |

Si vivís en dos casas distintas, respondé solo por aquella donde vivís más días.

10

¿Cuáles de los siguientes objetos/servicios hay en el lugar donde vivís?

(Seleccioná todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--------------------------|
| Agua potable | <input type="checkbox"/> |
| Heladera con freezer | <input type="checkbox"/> |
| Conexión a Internet | <input type="checkbox"/> |
| Televisión por cable/Televisión digital | <input type="checkbox"/> |
| Cuarto/s de baño con ducha o bañera | <input type="checkbox"/> |
| Calefacción | <input type="checkbox"/> |
| Aire acondicionado | <input type="checkbox"/> |
| Un escritorio para estudiar | <input type="checkbox"/> |
| Un lugar tranquilo para estudiar | <input type="checkbox"/> |
| Una computadora que puedas usar para tus tareas escolares | <input type="checkbox"/> |
| Libros | <input type="checkbox"/> |
| Servicio de streaming por suscripción (Netflix, Amazon, Disney+, otros) | <input type="checkbox"/> |

Si vivís en dos casas distintas, respondé por aquella donde vivís más días.



11

¿Cuántos de estos elementos hay en tu casa?(Seleccioná una opción por renglón)

	Ninguno	Uno	Dos	Tres o más
Teléfonos celulares con acceso a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computadoras (computadora de escritorio, laptop o notebook)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lector de libros electrónicos/ digitales (ebook)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vivís en dos casas distintas, respondé por aquella donde vivís más días.

12

¿Podés utilizar un celular en caso de necesitarlo?

(Seleccioná la opción que corresponda)

Sí

No

Si respondiste esta opción, pasá directamente a la pregunta 15

13

El celular al que tenés acceso...(Seleccioná una sola opción)

es mío

es de un/a familiar

es de un/a amigo/a

14

¿Podés acceder a Internet a través de los datos de ese celular?

(Seleccioná la opción que corresponda)

Sí

No





15

Aproximadamente, ¿cuántos libros hay en tu casa?(Seleccioná una sola opción y no incluyas ebooks o libros digitales)

- No hay libros
- De 1 a 25 libros
- De 26 a 50 libros
- De 51 a 100 libros
- Más de 100 libros
- No sé

Si vivís en dos casas distintas, respondé por aquella donde vivís más días.

16

¿Cuál es el último nivel de escolaridad al que llegaron tu/s mamá/s y/o papá/s?

(Si tenés mamá y papá, tenés que completar las 2 primeras columnas, si tenés dos mamás, tenés que completar la primera y la tercera, y con esa lógica para el resto de las posibilidades, según tu caso. En esta pregunta van a quedar columnas vacías)

	Columna 1 Mamá	Columna 2 Papá	Columna 3 Mamá	Columna 4 Papá
No fue a la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primario incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primario completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundario incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundario completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terciario/Universitario incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terciario/Universitario completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posgrado (especialización, maestría, doctorado, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





17

¿Tu mamá o tu papá pertenecen a un pueblo indígena/originario o son descendientes de una familia indígena/originaria?

(Seleccioná una sola opción)

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

18

¿Tu mamá o tu papá son afrodescendientes?

(Seleccioná una sola opción)

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



19

¿Con qué frecuencia te ocupás de las siguientes actividades en tu casa?

(Seleccioná una opción por renglón)

	Todos los días de la semana	De lunes a viernes	Algunos días	Nunca
Cuido a algún/a hermano/a 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"/>
Trabajo la tierra, cultivo, cosecho en la huerta o cuido animales de granja para consumir en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





20

Además de ir a la escuela...

(Seleccioná la opción que corresponda para cada situación)

	Sí	No	
¿Ayudás a tus familiares en su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si marcaste No en ambas situaciones, pasá a la pregunta 22
¿Trabajás para alguien que no sea de tu familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21

**Indicá cuántas horas semanales trabajás según ayudes a tu familia en su trabajo,
trabajes para alguien que no sea parte de tu familia o ambas situaciones**(Seleccioná una opción por renglón)

	Menos de 5 horas	5 a 10 horas	11 a 20 horas	21 o más horas
Ayudar a tus familiares en su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar para alguien que no sea parte de tu familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



22

En general, ¿cómo vas desde tu casa a la escuela?(Seleccioná una sola opción para la mayoría de los días de una semana de clases)

Camino	<input type="checkbox"/>
Auto o moto	<input type="checkbox"/>
Transporte escolar	<input type="checkbox"/>
Colectivo de línea	<input type="checkbox"/>
Bicicleta	<input type="checkbox"/>
Tren/Subterráneo	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>





23 **Teniendo en cuenta la forma de viajar que indicaste, ¿cuánto tiempo tardás, en promedio, en llegar a la escuela?**

(Seleccioná una sola opción)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

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

24 **¿Fuiste al jardín de infantes?**

(Seleccioná una sola opción)

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

25 **¿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 siguen te pedimos que nos cuentes cómo es tu experiencia en la escuela

Como sabés, el 2020 fue un año en el cual cambiaron muchas cosas por la pandemia; entre ellas, la forma de “ir a la escuela” y, durante este año, también en varios casos siguió siendo diferente la forma de tener clases.

26 De las clases presenciales que hubo en tu escuela durante 2020 y 2021, ¿a cuántas asististe?

(Seleccioná una opción por renglón)

	Ninguna	Pocas / Algunas	Bastantes	Todas
2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2021	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



27 Cuando no ibas a clases presenciales....

(Seleccioná para cada año todas las opciones en las que pasaste más tiempo)

se dictaron clases virtuales en las que se podía participar

2020 2021

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

vi clases grabadas/videos en Internet

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

recibí cuadernillos y material impreso

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

recibí tareas por mail/aula virtual/WhatsApp

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

no me comuniqué con la escuela ni la escuela se comunicó conmigo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Si marcaste alguna de estas opciones, continua con la pregunta 28.

Si no la marcaste para ninguno de los dos años, pasá a la pregunta 29





28

Durante los años escolares 2020 y 2021...(Seleccioná una sola opción **para cada materia**)

	Matemática	Lengua
asistí a todas o a la mayoría de las clases virtuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
solo asistí a la mitad de las clases virtuales o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no asistí a ninguna clase virtual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestaste esta opción en ambas materias, pasá a la pregunta 30

29

¿Podrías indicar los motivos por los cuales solo asististe a la mitad o no asististe a ninguna de las clases virtuales?

(Seleccioná todas las opciones que correspondan)



Porque no hay computadora en casa	<input type="checkbox"/>
Porque hay computadora pero no hay Internet	<input type="checkbox"/>
Porque hay computadora con Internet pero la usaba otra persona de mi casa	<input type="checkbox"/>
Porque hay computadora con Internet pero es lenta	<input type="checkbox"/>
Porque las seguía por celular/tablet pero me resultaba incómodo	<input type="checkbox"/>
Porque las seguía por celular/tablet pero no me alcanzaba el paquete de datos	<input type="checkbox"/>
Porque no me gustaron las clases/no podía seguir las	<input type="checkbox"/>
Por otra razón	<input type="checkbox"/>

Respondé esta pregunta solo si en la pregunta 26 señalaste que en 2020 o 2021 no fuiste a ninguna clase o fuiste a pocas o algunas



30

En lo que va de este año, ¿cuántas veces faltaste a las clases presenciales?(Seleccioná una sola opción)

Ninguna vez

Entre 1 y 5 veces

Entre 6 y 9 veces

Entre 10 y 15 veces

Entre 16 y 20 veces

Más de 20 veces

31

En las últimas dos semanas, en los días de clases que te tocó ir a la escuela, ¿con qué frecuencia sucedió lo siguiente?(Seleccioná una opción por renglón)

	Todos los días	Algunos días	Nunca
Llegué tarde a las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falté a la escuela porque me enfermé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falté a la escuela porque estuve aislado con mi familia por contacto estrecho de COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falté a la escuela porque mi curso estuvo aislado por contacto estrecho de COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falté a la escuela porque no tenía ganas de ir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falté a la escuela porque tuve que acompañar a mi familia por razones de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falté a la escuela por otras razones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





32

¿Te gusta ir a la escuela?

(Seleccioná la opción que corresponda teniendo en cuenta toda tu experiencia escolar)

Sí

No

33

¿Te llevás bien con tus compañeros y compañeras?(Seleccioná una sola opción)

Sí, con todos/as

Sí, con la mayoría

Sí, con algunos/as

Sí, con pocos/as

No me llevo bien con ningún/a compañero/a



34

Pensando en tu escuela, ¿qué tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones?(Seleccioná una opción por renglón)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo
En la escuela tengo amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento parte de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la escuela siento que me excluyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la escuela me siento incómodo y fuera de lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la escuela me siento solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



35

En los últimos meses de clases ¿con qué frecuencia viviste alguna de las siguientes situaciones en tu escuela?(Seleccioná una opción por renglón)

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
Otros/as estudiantes me dejaron de lado a propósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros/as estudiantes se burlaron de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros/as estudiantes me quitaron mis cosas o las rompieron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros/as estudiantes me insultaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros/as estudiantes me agredieron físicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros/as estudiantes pidieron a mis compañeros/as que no se junten conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros/as estudiantes dijeron mentiras sobre mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros/as estudiantes me amenazaron o insultaron a través de las redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36

En tu escuela, ¿por qué motivos tus compañeros/as te discriminan?(Seleccioná una opción por renglón)

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
Por obtener buenas notas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por haber repetido de grado/porque me va mal en las pruebas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por mi religión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por mi discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por mi nacionalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por mi orientación sexual o identidad de género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por mis intereses y gustos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por otros motivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En la siguiente pregunta te pedimos que nos cuentes qué hacés en tu tiempo libre

37

Pensando en el último mes, ¿hiciste alguna de estas actividades en tu tiempo libre, fuera del horario escolar?

(Seleccioná todas las opciones que correspondan)

Hice deporte, ejercicio o juegos/s al aire libre

Me reuní con amigos/as

Leí un libro

Miré películas/series

Jugué con la computadora/notebook/tablet/celular/consola de videojuegos
(PlayStation, Xbox, Wii, otras)

Usé redes sociales (Instagram, Tik Tok, Youtube, Twitch, Twitter, otras)

Estudié un idioma/participé en un curso, taller de arte, etc.

Fui a ver algún espectáculo o exposición (cine, recital, teatro, museo, etc.)



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

38

En tu escuela, ¿los y las docentes te hablaron de estos temas?

(Seleccioná todas las opciones que correspondan)

Los cambios del cuerpo en la adolescencia

El cuidado del cuerpo y la salud

El embarazo

Métodos para evitar el embarazo y enfermedades de transmisión sexual

Los derechos de niños, niñas y adolescentes

Igualdad de derechos sin distinción de sexo o género

Diversidad de las personas: apariencia física, orientación sexual e identidad de género

Cómo cuidarse y evitar el maltrato

Cómo evitar el abuso sexual

Cuándo pedir ayuda a una persona de confianza

La importancia de comunicar tus ideas

La importancia del buen trato en la escuela

El uso (responsable) de las redes sociales





39

¿Con quiénes, generalmente, hablás más de estos temas?

(Seleccioná todas las opciones que correspondan)

Las y los docentes de la escuela

Otra persona de la escuela más allá de las y los docentes

Personas que visitan la escuela para hablar de estos temas

Un compañero/a o un amigo/a

Una mujer de la familia

Un varón de la familia

Otros

No hablo de estos temas con nadie





40

¿Sobre cuáles de estos temas te gustaría tener más información?

(Seleccioná todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--------------------------|
| 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 para evitar el embarazo y enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> |
| Los derechos de niños, niñas y adolescentes | <input type="checkbox"/> |
| Igualdad de derechos sin distinción entre sexo o género | <input type="checkbox"/> |
| Diversidad de las personas: apariencia física, orientación sexual e identidad de género | <input type="checkbox"/> |
| Cómo cuidarse y evitar el maltrato | <input type="checkbox"/> |
| Cómo evitar el abuso sexual | <input type="checkbox"/> |
| Cuándo pedir ayuda a una persona de confianza | <input type="checkbox"/> |
| El uso (responsable) de las redes sociales | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> |
| No me interesa obtener más información sobre estos temas | <input type="checkbox"/> |



41

¿Buscás información o conversás sobre estos temas en Internet? (redes sociales, páginas web, foros, etc.)

(Seleccioná la opción que corresponda)

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



Por último, te pedimos que nos cuentes cómo te va en las materias de la escuela

42 ¿Te va bien en tu clase de Lengua?

(Seleccioná una sola opción)

Siempre

La mayoría de las veces

Algunas veces

Nunca

43 En tu opinión, ¿cómo leés?

(Seleccioná una sola opción)

Muy bien

Bien

Más o menos bien

No muy bien

44 En tu opinión, ¿cómo escribís?

(Seleccioná una sola opción)

Muy bien

Bien

Más o menos bien

No muy bien



45

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

Siempre

La mayoría de las veces

Algunas veces

Nunca

46

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

Muy bien

Bien

Más o menos bien

No muy bien

**¡Muchas Gracias!**

+

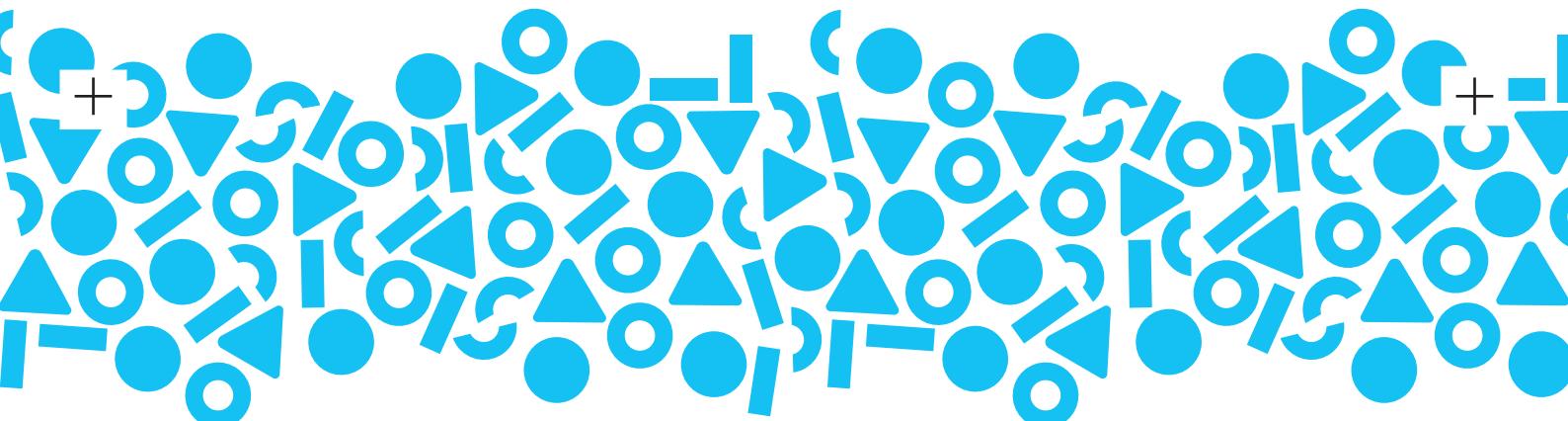
+

Cuadernillo para estudiantes

Aprender 2021

Plan de
Evaluación
2021-2022

Modelo 1
6º grado de la Educación Primaria



Argentina unida

Secretaría de Evaluación
e Información Educativa



Ministerio de Educación
Argentina

+

+