

A N U N C I O:

El Órgano de Selección que juzga el proceso selectivo la contratación laboral fija de una plaza de **Psicólogo** vacante en la plantilla de personal funcionario, mediante el procedimiento extraordinario de estabilización del personal interino o temporal formalizados antes del 31 de diciembre de 2020 con carácter temporal y durante tres años de forma ininterrumpida, en sesión celebrada el día 4 de marzo de 2024, al objeto de realizar el estudio de las reclamaciones presentadas, acuerda:

1º.- ESTUDIO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS:

PRIMERO.- Vistas las reclamaciones interpuestas por D^a Sara Olmedo Blanco con los números de registro de entrada 2024009532 y 2024010133 de fechas 13 y 14 de febrero de 2024. Se acuerda lo siguiente:

En primer lugar, la interesada indica en los hechos de su reclamación que tiene dudas sobre las respuestas que ha marcado en las preguntas 8 y 29 pues, según informa se le movió la hoja de calco y no puede comprobarlo. El Órgano de selección no tiene ningún inconveniente en informarle que sus respuestas fueron las siguientes:

Pregunta n.º 8: eligió “c)”
Pregunta n.º 29: eligió “a)”.

Así mismo, formula la siguiente reclamación con respecto a la **pregunta n.º 8:**

“En la plantilla se marca la opción a)” un tipo de apego inseguro ansioso-ambivalente”. **La respuesta correcta y que yo señalo, según la clasificación del tipo de apego de Mary Ainsworth sería la respuesta b) “ un tipo de apego inseguro huidizo evitativo”.** En base a la teoría de Apego de Mary Ainsworth, se facilita un resumen de la misma en el siguiente enlace, donde además, aparece al final de artículo la bibliografía de la autora: [https://www.psyciencia.com/mary-ainsworth-la-madre-de-la-teoria-del-apego/.](https://www.psyciencia.com/mary-ainsworth-la-madre-de-la-teoria-del-apego/)”

Los miembros del Órgano de Selección, replica a la aspirante con los siguientes argumentos:

“Los estilos de apego establecidos por Ainsworth y Bell (1970) son el estilo seguro, el estilo inseguro -ambivalente o ansioso-ambivalente(o resistente) y el estilo inseguro-evitativo o huidizo-evitativo. Posteriormente, Main y Salomon (1986) añadió el tipo inseguro-desorganizado o desorientado.

La bibliografía que la aspirante aporta al análisis de la respuesta correcta es un artículo de divulgación, dándose además la circunstancia de que el análisis de dicha respuesta ha de encontrarse más que en la descripción de las características diferenciales de los distintos tipos de apego, aspecto que se trata en dicho artículo divulgativo, en bibliografía científica que trate las características de los comportamientos parentales. No obstante, subrayar que en dicho artículo de divulgación se hace mención a disponibilidad limitada del/la cuidador/a en el caso del apego huidizo-evitativo y desatención de necesidades por parte del cuidador en el apego inseguro-ambivalente.

El comportamiento que se muestra en el apego inseguro-ambivalente o ansioso-ambivalente por parte de los padres, especialmente de la figura materna, se caracteriza por proporcionar cuidados incoherentes, inconsistentes e impredecibles, y ausencia de disponibilidad



psicológica, en ocasiones también, ausencia física. La madre está ausente en términos psicológicos.

Frente a éste el apego inseguro-avoidante o evitativo se muestra mediante comportamientos rechazantes, hostiles, ansiosos, en ocasiones intrusivos y de control excesivo del menor. La madre toma distancia emocional negando o no comprendiendo las necesidades del menor (Gago 2014; Oliva ,2012; Talarn, Sainz y Rigat, 2013; Ortiz y Yarnoz, 1994; López, Etxebarria, Fuentes y Ortiz, 2005, Dávila 2015)

“Ainsworth observó que los bebés ambivalentes eran hijos de madres que, en el mejor de los casos, sólo estaban disponibles en forma imprevisible y ocasional. Y aunque en estas madres nunca rechazaban a los niños verbal o físicamente (a diferencia de las madres de los bebés elusivos), su receptividad ante las señales de los pequeños era asimismo insensible” (Ainsworth et al., 1978 en Wallin, 2012, p 27).

“La inhibición de la expresión emocional, la aversión al contacto físico y la brusquedad eran signos distintivos de la maternidad que producía niños elusivos,” (Main y Weston, 1982 en Wallin, 2012, p 27)

Por tanto, la respuesta a) apego inseguro-ambivalente se ratifica como respuesta correcta en la pregunta 8

Bibliografía

-Dávila, Y La influencia de la familia en el desarrollo del apego . Anales. Revista de la Universidad de Cuenca, 2015, 57, 121-130

-Gago, J (2014) El apego. El vínculo . Escuela vasco navarra de terapia familiar

-López,f; Etxebarria,I; Fuentes,M.J y Ortiz,M.J(coords) (2005) El desarrollo afectivo y social Madrid: Pirámide

- Oliva Delgado AL. Estado actual de la teoría del apego. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. 2004;4(1): 65-.81

-Ortiz Barón, M.J y Yarnoz Yaben,S (1994) Teoría del apego y relaciones afectivas Bilbao: UPV

-Talarn,A; Sainz,F y Rigat,A (2013) Relaciones, vivencias y psicopatología : Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo. Barcelona: Herder

-Wallin,D.J (2012) El apego en psicoterapia. Bilbao: Desclee de Brouwer”

Acordándose por unanimidad de los miembros del Tribunal **desestimar** la reclamación planteada por D^a Sara Olmedo Blanco a la pregunta n.º 8 y mantener la opción “a”).

En cuanto a la reclamación a la **pregunta n.º 29**, la aspirante plantea lo siguiente:

“En la plantilla se marca la opción b) “Apnea del sueño”. La respuesta correcta y que yo señalo, debería ser la a) “Insomnio de inicio” ya que este es un trastorno del sueño clasificado como trastorno del sueño-vigila en el DSM-V y la Apnea del sueño está clasificado como un trastorno del sueño-vigilia relacionado con la respiración. Y la premisa de “comúnmente diagnosticado” ¿en base a qué datos? Encuentro estudios donde indican la mayor prevalencia del insomnio de inicio que las apneas, como el siguiente:

(https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322018000400005&script=sci_arttext)

Los miembros del Órgano de Selección, responden a su alegación en el siguiente sentido:

“La apnea del sueño es un trastorno del sueño significativo en niños, que puede influir en su comportamiento diurno, rendimiento escolar y salud general, siendo importante su diagnóstico y manejo apropiado.



Para corroborar información sobre la apnea del sueño en la infancia y su diagnóstico, puede consultar las siguientes fuentes:

1. DSM V: En dicho manual diagnóstico se establece:

- **Apnea obstructiva del sueño: 327.23 (G47.33)** Dicha Apnea forma parte de los Trastornos del sueño-vigilia.

Prevalencia: apnea-hipopnea (*“entre 1 y 2% en niños, 2 a 15% en adultos de mediana edad y más del 20% de personas más mayores). Se considera un trastorno muy frecuente que afecta al 1-2% de los niños”* (pag. 378).

- **Prevalencia Insomnio: 307.42 (F51.01)**: indica que existe alta prevalencia en adultos, sin hacer mención a la prevalencia en la infancia. (pag.364). Con respecto al curso y desarrollo: *“la mayor frecuencia de aparición del mismo es durante la edad adulta temprana. Es menos frecuente que el insomnio comience durante la infancia o adolescencia”*.

“Las dificultades para iniciar y mantener el sueño también pueden ocurrir en niños y adolescentes, pero existen datos más limitados sobre la prevalencia, los factores de riesgo y la comorbilidad durante estas fases del desarrollo de la vida”.

2. ESTUDIOS CLÍNICOS.

La apnea obstructiva del sueño (OSA) afecta aproximadamente al 1% al 6% de los niños, con causas comunes que incluyen amígdalas agrandadas, obesidad y ciertas condiciones dentales o defectos de nacimiento. Este rango de prevalencia destaca la importancia de la OSA como un trastorno del sueño significativo en la población infantil. Además, el ronquido habitual, que es más común y tiene una prevalencia del 10% al 27%, a menudo requiere consideración diagnóstica adicional debido a su fuerte asociación con la OSA. La Academia Americana de Pediatría recomienda que todos los niños sean evaluados para detectar ronquidos en las visitas médicas de rutina, lo que subraya la relevancia clínica de la OSA en la infancia

Por otro lado, el insomnio en la infancia, que incluye dificultades para iniciar o mantener el sueño, puede tener una amplia gama de prevalencia, siendo crucial distinguir entre problemas de sueño transitorios o relacionados con la conducta y el insomnio crónico que requiere intervención. Las intervenciones conductuales, incluida la educación de los padres sobre hábitos saludables de sueño y la implementación de rutinas consistentes de hora de dormir, son tratamientos efectivos para el insomnio relacionado con la conducta en niños.

Considerando que entre los Criterios Diagnósticos, según DSM V, en los Trastornos de Insomnio, *“las dificultades del sueño se producen a pesar de las circunstancias favorables para dormir”*, en estos casos que no existen estilos psicoeducativos adecuados o variables conductuales/contextuales apropiadas, no pueden considerarse dentro de esta categoría diagnóstica.

Con respecto al estudio que usted cita, el mismo consta de ciertas limitaciones, tal y como redacta el autor en su apartado **Discusiones**: *“La comparación de nuestros resultados con los de otras series es difícil, ya que se han aplicado distintos criterios para hacer el diagnóstico de trastorno del sueño, así como la subjetividad de las encuestas, los intervalos de edades elegidos y los tamaños de las muestras analizadas.”*

Es por todo ello, que la respuesta correcta, tras la revisión de la misma por parte del tribunal del proceso selectivo es la siguiente: *b) Apnea del sueño.*

BIBLIOGRAFÍA

0. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.



1. Grupo Español de Sueño (GES). Documento de consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) [Internet]. Septiembre 2005. URL: https://www.sen.es/pdf/2005/consenso_sahs_completo.pdf. Fecha última consulta: 01.12.2022.

2. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. Third Edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.

3. Bin-Hasan S, Katz S, Nugent Z, Nehme J, Lu Z, Khayat A, et al. Prevalence of obstructive sleep apnea among obese toddlers and preschool children. *Sleep Breath* 2018; 22: 511-5.

4. Hsieh HS, Kang CJ, Chuang HH, Zhuo MY, Lee GS, Huang YS, et al. Screening severe obstructive sleep apnea in children with snoring. *Diagnostics (Basel)* 2021; 11: 1168.

5. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 2012; 130: e714-55.

6. Van Eyck A, Lambrechts C, Vanheeswijck L, Van Hoorenbeeck K, Haentjens D, Boudewyns A, et al. The role of nocturnal pulse oximetry in the screening for obstructive sleep apnea in obese children and adolescents. *Sleep Med* 2015; 16: 1409-12.

7. Hornero R, Kheirandish-Gozal L, Gutiérrez-Tobal GC, Philby MF, Alonso-Álvarez ML, Álvarez D, et al. Nocturnal oximetry-based evaluation of habitually snoring children. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 196: 1591-8.

8. DelRosso LM. Epidemiology and diagnosis of pediatric obstructive sleep apnea. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2016; 46: 2-6.

9. Lumeng JC, Chervin RD. Epidemiology of pediatric obstructive sleep apnea. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5: 242-52.

10. Narang I, Mathew JL. Childhood obesity and obstructive sleep apnea. *J Nutr Metab* 2012; 2012: 134202.

11. Alonso-Álvarez ML, Canet T, Cubell-Alarco M, Estivill E, Fernández-Julián E, Gozal D, et al. Documento de consenso del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en niños (versión completa). *Arch Bronconeumol* 2011; 47 (Supl 5): S2-18.

12. Bitners AC, Arens R. Evaluation and management of children with obstructive sleep apnea syndrome. *Lung* 2020; 198: 257-70.

13. Lo Bue A, Salvaggio A, Insalaco G. Obstructive sleep apnea in developmental age. A narrative review. *Eur J Pediatr* 2020; 179: 357-65.

14. Pin G, Ugarte R. Principales motivos de consulta. Niño roncador. *Form Act Pediatr Prim* 2011; 4: 3-8.

15. Pin G, Lluch A, Cubel M, Morell M. Trastornos respiratorios obstructivos del sueño en los niños. Epidemiología. Factores de riesgo y factores genéticos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2010; 61 (Supl 1): S7-13.

16. Corbo GM, Fuciarelli F, Foresi A, de Benedetto F. Snoring in children: association with respiratory symptoms and passive smoking. *BMJ* 1989; 299: 1491-4.

17. Teculescu DB, Caillier I, Perrin P, Rebstock E, Rauch A. Snoring in French preschool children. *Pediatr Pulmonol* 1992; 13: 239-44.



18. Ali NJ, Pitson D, Stradling JR. Snoring, sleep disturbance and behaviour in 4-5 year olds. Arch Dis Child 1993; 68: 360-6.

19. Gislason T, Benediktsdottir B. Snoring, apneic episodes, and nocturnal hypoxemia among children 6 months to 6 years old: an epidemiologic study of lower limit of prevalence. Chest 1995; 107: 963-6.

20. Owen GO, Canter RJ, Robinson A. Snoring, apnoea and ENT symptoms in the paediatric community. Clin Otolaryngol Allied Sci 1996; 21: 130-4.

21. Ferreira AM, Clemente V, Gozal D. Snoring in Portuguese primary school children. Pediatrics 2000; 106: E64.

22. Löfstrand-Tideström B, Hultcrantz E. The development of snoring and sleep related breathing distress from 4 to 6 years in a cohort of Swedish children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007; 71: 1025-33.

23. Bodenner KA, Jambhekar SK, Com G, Ward WL. Assessment and treatment of obstructive sleep-disordered breathing. Clin Pediatr (Phila) 2014; 53: 544-8.

24. Marcus CL. Sleep-disordered breathing in children. Am J Respir Crit Care Med 2001; 164: 16-30.

25. Faruqui F, Khubchandani J, Price JH, Bolyard D, Reddy R. Sleep disorders in children: a national assessment of primary care pediatrician practices and perceptions. Pediatrics 2011; 128: 539-46.

26. Magnúsdóttir S, Hilmisson H, Raymann RJEM, Witmans M. Characteristics of children likely to have spontaneous resolution of obstructive sleep apnea: results from the Childhood Adenotonsillectomy Trial (CHAT). Children (Basel) 2021; 8: 980.

27. İnönü-Sakallı N, Sakallı C, Tosun Ó, Akşit-Bıçak D. Comparative evaluation of the effects of adenotonsillar hypertrophy on oral health in children. BioMed Research International 2021; 2021: 1-13.

28. Pereira L, Monyror J, Almeida FT, Almeida FR, Guerra E, Flores-Mir C, et al. Prevalence of adenoid hypertrophy: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev 2018; 38: 101-12.

29. Kuhle S, Hoffmann DU, Mitra S, Urschitz MS. Anti-inflammatory medications for obstructive sleep apnoea in children. Cochrane Database Syst Rev 2020; 1: CD007074.

30. Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children (update). Otolaryngol Head Neck Surg 2019; 160 (1 Suppl): S1-42.

31. Parker NP, Walner DL. Trends in the indications for pediatric tonsillectomy or adenotonsillectomy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2011; 75: 282-5.

32. Patel HH, Straight CE, Lehman EB, Tanner M, Carr MM. Indications for tonsillectomy: a 10-year retrospective review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2014; 78: 2151-5.

33. Dalmaso F, Prota R. Snoring: analysis, measurement, clinical implications and applications. Eur Respir J 1996; 9: 146-59.

34. Martínez-García MA, Durán-Cantolla J. Apnea del sueño en atención primaria. Puntos clave. Barcelona: Respira-Fundación Española del Pulmón-SEPAR; 2009.



35. Kumar HVHM, Schroeder JW Jr, Gang Z, Sheldon SH. Mallampati score and pediatric obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med* 2014; 10: 985-90.

36. Gulotta G, Iannella G, Vicini C, Polimeni A, Greco A, de Vincentiis M, et al. Risk factors for obstructive sleep apnea syndrome in children: state of the art. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 3235.

37. The International Paediatric Work Group on Arousals. The scoring of arousals in healthy term infants (between the ages of 1 and 6 months). *J Sleep Res* 2005; 14: 37-41.

38. Berry RB, Quan S, Abreu A, Bibbs ML, DelRosso L, Harding SM, et al. The AASM Manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications. Version 2.6. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2020.

39. Berry RB, Budhiraja R, Gottlieb DJ, Gozal D, Iber C, Kapur VK, et al. Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. Deliberations of the Sleep Definitions Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med* 2012; 8: 597-619.

40. Kushida CA, Chediak A, Berry RB, Brown LK, Gozal D, Iber C, et al. Clinical guidelines for the manual titration of positive airway pressure in patients with obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med* 2008; 4: 157-71.

41. Castronovo V, Zucconi M, Nosetti L, Marazzini C, Hensley M, Veglia F, et al. Prevalence of habitual snoring and sleep-disordered breathing in preschool-aged children in an Italian community. *J Pediatr* 2003; 142: 377-82.

42. Goodwi JL, Vasquez MM, Silva GE, Quan SF. Incidence and remission of sleep-disordered breathing and related symptoms in 6- to 17-year old children-the Tucson Children's Assessment of Sleep Apnea Study. *J Pediatr* 2010; 157: 57-61.

43. Brockmann PE, Urschitz MS, Schlaud M, Poets CF. Primary snoring in school children: prevalence and neurocognitive impairments. *Sleep Breath* 2012; 16: 23-9.

44. Nieminen P, Tolonen U, Löppönen H. Snoring and obstructive sleep apnea in children: a 6-month follow-up study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126: 481-6.

45. Nieminen P, Tolonen U, Löppönen H, Löppönen T, Luotonen J, Jokinen K. Snoring children: factors predicting sleep apnea. *Acta Otolaryngol Suppl* 1997; 529: 190-4.

46. Kang KT, Chou CH, Weng WC, Lee PL, Hsu WC. Associations between adenotonsillar hypertrophy, age, and obesity in children with obstructive sleep apnea. *PLoS One* 2013; 8: e78666.

47. Wu Y, Zheng L, Wu P, Tang Y, Xu Z, Ni X. Clinical and PSG characteristics of children with mild OSA and respiratory events terminated predominantly with arousal. *Can Respir J* 2021; 2021: 5549423.

48. Wang J, Zhao Y, Yang W, Shen T, Xue P, Yan X, et al. Correlations between obstructive sleep apnea and adenotonsillar hypertrophy in children of different weight status. *Sci Rep* 2019; 9: 11455.

49. Nolan J, Scott EB. Systematic review of pediatric tonsil size and polysomnogram-measured obstructive sleep apnea severity. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011; 144: 844-50.



50. Andersen IG, Holm JC, Homøe P. Obstructive sleep apnea in children and adolescents with and without obesity. Eur Arch Otorhinolaryngol 2019; 276: 871-8.”

Se acuerda por unanimidad de los miembros del Tribunal **desestimar** la reclamación formulada por D^a Sara Olmedo Blanco a la pregunta n.º 29 y mantener la opción “b”).

Y por último, en lo relativo a poder ver su ejercicio, el Órgano de Selección, acuerda enviárselo por correo electrónico.

SEGUNDO.- Vista la reclamación planteada por D^a Marta García Conejo, con número de registro de entrada 2024009933, de fecha 13 de febrero de 2024, solicitando:

“.../... a la pregunta n.º 92: Según el Decreto 147/2002, en su artículo 12 la Administración educativa promoverá experiencias de escolarización combinada entre centros ordinarios y centros específicos de educación especial, cuando esta modalidad satisfaga las necesidades educativas especiales del alumnado que participe en ellas. En el presente decreto no se encuentra ninguna de las opciones de respuesta, ya que el procedimiento se establece en las Instrucciones de 6 de octubre de 2021 de la dirección general de atención a la diversidad, participación y convivencia escolar, por las que se establece el procedimiento para la autorización y el desarrollo de experiencias de escolarización combinada de alumnado con necesidades educativas especiales. Por esos motivos, se solicita la anulación de la pregunta. Se adjunta el Decreto 147/2002 y las Instrucciones de 6 de octubre de 2021 como anexos.”

Los miembros del Tribunal, responden a la reclamación en el siguiente sentido:

Discrepan con la aspirante pues el art. 32.2 del Decreto 147/2002, se indica que: “.../... la Administración educativa promoverá experiencias de escolarización combinada entre centros ordinarios y centros específicos de educación especial, cuando esa modalidad satisfaga las necesidades educativas especiales del alumnado que participe en ellas.”

Y en la propia Instrucción de 6 de octubre de 2021, se hace alusión al referido artículo estableciendo el procedimiento para la autorización y el desarrollo de las experiencias de escolarización combinada de alumnado con necesidades educativas especiales.

Y no se entiende a la mención que realiza la aspirante del art. 12 del, pues el mismo se refiere: “Intervención de los representantes del alumnado”.

Por todo ello, el Órgano de Selección acuerda, por unanimidad, **desestimar** la reclamación interpuesta por D^a Marta García Conejo, a la pregunta n.º 92 y mantener la respuesta “c”).

2º.- CELEBRACIÓN DEL SEGUNDO EJERCICIO.-

Se acuerda convocar a los/as señores/as aspirantes para la celebración del segundo ejercicio establecido en las bases de la convocatoria, para el próximo día 13 de marzo de 2024, a las 11 horas en las dependencias de Servicios Sociales, sito en c/ Hojalateros, nº3 de Vélez-Málaga.



Para la realización del ejercicio los aspirantes no podrán utilizar ningún tipo de texto legal, ni de ningún otro tipo. Asimismo, se acuerda que la lectura del ejercicio por los aspirantes se hará a la finalización del mismo.

3º .- PLAZO DE RECLAMACIONES:

Conforme a lo establecido en la base 12ª de la convocatoria, contra las resoluciones adoptadas por los Tribunales, podrá interponer recurso de alzada o cualquier otro que pudieran interponer de conformidad con la legislación vigente, que no suspenden la tramitación de los procedimientos selectivos correspondientes, pudiéndose presentar los mismos a través de los medios habilitados y permitidos por la Ley.

Vélez-Málaga, 6 de marzo de 2024

Firmado electrónicamente por Javier Pacheco Mangas,
Jefe de Servicio de Servicios Sociales,
el 06/03/2024, a las 13:22:55.

