



REPÚBLICA  
DEL ECUADOR

# PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD

Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001  
Versión: 001  
Página 1 de 18

Ministerio de Salud Pública  
Hospital General Docente de Calderón



## PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN

MAYO, 2025

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 2 de 18	

### PRÓLOGO Y DERECHOS DE AUTOR

Este Documento es una creación propia del Hospital General Docente de Calderón. La Unidad de Calidad es responsable del buen uso de este documento.

Los propósitos de esta creación responden a la estandarización y a la Gestión de Calidad del Hospital General Docente de Calderón.

### FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
<b>Aprobado por:</b>	MSc. Alonso Ernesto Herrera Tasiguano	Gerente del Hospital General Docente de Calderón	
<b>Validado por:</b>	Espc. Danny Patricio Flores Almeida	Director Asistencial Encargado - HGDC	
	Espc. Danilo Vladimir Lara Sisa	Coordinador de Calidad y Vigilancia Epidemiológica - HGDC	
<b>Revisado por:</b>	Espc. Milton Giovanni Núñez Ortiz	Responsable de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico - HGDC	
<b>Elaborado por:</b>	MSc. Sandra Genoveva Torres Dávila	Médico/a Especialista en Psiquiatría - HGDC	
	Espc. Nivaldo Antonio González Álvarez	Médico/a Especialista en Psiquiatría - HGDC	
	Espc. Verónica Salomé Granda Vivanco	Médico/a Especialista en Psiquiatría - HGDC	



REPÚBLICA  
DEL ECUADOR

**PROTOCOLO DE TRASTORNO  
DEPENDIENTE DE LA  
PERSONALIDAD**

Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001  
Versión: 001  
Página 3 de 18

Ministerio de Salud Pública  
Hospital General Docente de Calderón

Espc. Francisco Santiago Cabezas Benavides	Médico/a Especialista en Psiquiatría - HGDC	
Espc. Tania Fabiola Álvarez Bayas	Médico/a Especialista en Psiquiatría - HGDC	
Dra. María Isolina Muñoz Benavides	Terapista de Psicorehabilitación - HGDC	
MSc. Andrea Carolina Proaño López	Psicólogo/a Clínico/a - HGDC	
Psic. Paola Cristina Zea Pachacama	Psicólogo/a Clínico/a – HGDC	
Psic. Daniel Alejandro Gomezcoello Cadena	Psicólogo/a Clínico/a - HGDC	

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 4 de 18	

## CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. OBJETIVO .....	6
3. ALCANCE .....	7
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS .....	7
5. DIAGNÓSTICO .....	8
6. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO .....	12
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA .....	14
8. CONTROL DE CAMBIOS .....	17
9. ANEXOS.....	17
9.1 ANEXO 1 TABLA DE ANTIDEPRESIVOS Y DOSIS RECOMENDADAS .....	17
9.2 ANEXO 2 TABLA DE BENZODIACEPINAS SE RECOMIENDA .....	18

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón</b>
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 5 de 18	

## 1. INTRODUCCIÓN

El área de Especialidades en Salud Mental está desarrollando protocolos que guíen la intervención en las patologías de mayor morbilidad atendidas en el Hospital General Docente de Calderón (HGDC) (1).

Según datos del área de estadística del HGDC, el número de diagnósticos de trastornos de personalidad en pacientes atendidos en consulta externa, en el período 2016 hasta marzo de 2021 es de 2524, de los cuales el 24% (614) corresponden al trastorno dependiente de la personalidad (TPD), siendo el trastorno de personalidad de mayor prevalencia. De estos datos el 63% son mujeres (1).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – revisado (DSM IV TR) señala que el trastorno dependiente de la personalidad (TPD) es uno de los de mayor frecuencia en las clínicas de salud mental (2).

Para Jiménez (2021) manifiesta que la personalidad dependiente es un tipo de personalidad que con frecuencia se presenta en el ámbito psicoterapéutico, con mayor incidencia en las mujeres, según su investigación una de las principales causas por la influencia de los roles estereotipados de género. Al hablar de un trastorno dependiente de la personalidad, para el autor, menciona que una de las principales características es la excesiva necesidad de ser cuidados, desconfían de sus propias competencias, visualizan su alrededor como un mundo hostil y buscan ser protegidos. En su investigación constato que los ámbitos donde existe mayor afectación en este tipo de trastorno de personalidad son el personal y relacional (3).

Para Pilco et al. (2016) refiere que la cultura influye directamente en la personalidad y en las conductas de dependencia de la población. En su investigación con mujeres indígenas ecuatorianas de la comunidad de Nizag, obtuvo como resultado que uno de los rasgos de personalidad predominante es el tipo dependiente, en segundo lugar, tipo evitativo. Manifiesta que dicho resultado determina un comportamiento habitual en las mujeres de dicha comunidad, tienden a cumplir las normas sociales a cabalidad, respetan la autoridad, son colaboradoras, en el caso de mujeres que viven sometimiento son sumisas, inseguras, con baja autoestima (4).

Lobera y Fernández (2009), realizaron un estudio relacionando los trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad, concluyeron que en la anorexia el trastorno obsesivo es el más frecuente (39,77%); en bulimia es el trastorno histriónico (46,66%); en las formas purgativas, el trastorno dependiente (46,15%)(5). Similar información la encuentra (Echeburúa y Marañón , 2001) al realizar una revisión de artículos para conocer el estado actual de la comorbilidad entre las alteraciones de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad, encontrando que los trastornos de personalidad más frecuentes en la anorexia son el obsesivo, evasivo y dependiente (6).

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón</b>
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 6 de 18	

En una investigación de Salavera , Puyuelo, Tricás y Lucha ( 2010) sobre comorbilidad de trastornos de personalidad: *estudio en personas sin hogar*, se encontró altas prevalencias de los trastornos antisocial (26,4%), compulsivo (22%), dependiente (19,8%) y esquizoide (18,7%) (7).

Caballo, Guillén, y Salazar (2009), realizaron un estudio acerca de los estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo, realizado con estudiantes de diferentes carreras de la Universidad de Granada, encontrando que los estilos de personalidad son diferentes entre hombres y mujeres. Los hombres tuvieron puntuaciones altas en estilos antisocial, sádico y narcisista, mientras que las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en estilos límite, evitativo, dependiente y depresivo (8).

Lorence (2008), en un estudio de perfil psicológico de la obesidad mórbida encontró datos que confirman la comorbilidad entre la obesidad mórbida con los trastornos de personalidad dependiente y compulsivo (9).

En un estudio de Vetere, Portela, y Rodríguez (2007), acerca del perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en sus resultados encontraron una asociación frecuente entre rasgos dependientes de personalidad y el TAG (10). Beck y Freeman (1995), indican que las personas con TPD tienen predisposición a la ansiedad, por el miedo a ser abandonados y tener que ser responsables de sí mismos. En el mismo libro se cita a Kaplan, Gilmore y Cooper (1985), quienes mencionan que la depresión es uno de los diagnósticos más comunes en el TPD (11).

Pérez, Roibas, y Maldonado (2003), encontraron en su estudio de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias, que el 83% de las personas internadas tenía criterio de trastorno de personalidad, y de estos el más frecuente en mujeres es el TDP (12). Beck y Freeman (1995) menciona que el abuso de sustancias y el alcoholismo es frecuente en el TPD, posiblemente como forma de huir de los problemas. Por último en el mismo libro Beck y Freeman citan a Grenberg y Bornstein (1988), quienes mencionan que las personas con TPD, tienen mayor riesgo de padecer *depresión, alcoholismo, obesidad y tabaquismo*, diagnósticos que en investigaciones más actuales también se ha podido evidenciar (10).

## 2. OBJETIVO

Desarrollar e implementar directrices para el diagnóstico y tratamiento de Trastorno Dependiente de la Personalidad con la finalidad mejorar la calidad de atención de los pacientes atendidos en el Hospital General Docente de Calderón.

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 7 de 18	

### 3. ALCANCE

Este protocolo se centra en el desarrollo e implementación de directrices para pacientes con Trastorno Dependiente de la Personalidad (TDP) en los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencia.

### 4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

**Dependencia emocional:** Es la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones. (13,p.17).

**Depresión:** Es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento (14).

**Personalidad:** Para Engler *la personalidad es la organización dinámica dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento característico* (15).

**Rasgos de personalidad:** La personalidad puede describirse como un conjunto de componentes que forman un sistema. Los rasgos o las disposiciones son un conjunto de componentes para describir diferencias individuales (16).

**Personalidad dependiente o asténica:** Se caracteriza por las marcadas dificultades que presenta para valerse por sí mismo, lo que le lleva a buscar la compañía de alguien que pueda cuidarlo y tomar decisiones en su lugar. Además, se percibe a sí mismo como incompetente, inferior y desvalido. Actúa de manera sumisa, para garantizar que los otros se quedaran a su lado (17).

**Sumisión:** Con lo que queda claro que la sumisión, es la acción de sometimiento propio ante los juicios, acciones o afecto de otros (18).

**Trastorno de personalidad:** Una forma de comportamiento anormal, falta de armonía que afecta varios aspectos de la personalidad, formas de pensar, percibir, control de impulsos, estilos de relacionarse con las demás personas. Es generalizado en las diferentes esferas en la que se desenvuelve la persona, es desadaptativa, aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la etapa adulta (19).

**Trastorno de personalidad dependiente (TPD):** Las características TPD, pueden ser consideradas como deseables en el ambiente social, pues dada su sumisión estos podrán ofrecerse a tareas que nadie quiere hacer, tratan de evitar conflictos, son complacientes, gentiles, leales, comprometidos en sus relaciones, amables, diplomáticos, emocionalmente constantes, no expresan sus molestias (Oldman y Morris, 1995) (20).

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón</b>
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 8 de 18	

## 5. DIAGNÓSTICO

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), utiliza para la valoración de usuarias/os atendidos los criterios diagnósticos de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), por tal motivo a continuación se expondrán los criterios diagnósticos ahí descritos:

- a) Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.
- b) Subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que se depende; sumisión excesiva a sus deseos.
- c) Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables, a las personas de las que se depende.
- d) Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo, debido a miedos exagerados a ser capaz de cuidar de sí mismo.
- e) Temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propio cuidado.
- f) Capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás.

Manifiesta además que podría presentarse la percepción de sí mismo como inútil, incompetente y falto de resistencia (Organización Mundial de la Salud, 1992) (21).

Dentro de este diagnóstico se incluyen: personalidad asténica, personalidad inadecuada, personalidad pasiva, personalidad derrotista, trastorno asténico de la personalidad, trastorno inadecuado de la personalidad, trastorno pasivo de la personalidad, trastorno derrotista asténico de la personalidad.

- **Exámenes de gabinete**

Para el apoyo diagnóstico y descartar comorbilidades se pedirá los siguientes exámenes: Biometría hemática y química sanguínea básica. Se podrá solicitar otros exámenes acordes a los antecedentes de comorbilidades previas en el paciente y/o familiares, así como también condiciones específicas de acuerdo con el género y grupo etario, como son pruebas de embarazo, toxicológico, etc., dependerá del criterio médico. También es importante el descarte de patología neurológica, con el uso de una TAC simple de encéfalo y/u otros acorde a la necesidad del caso, como electroencefalograma o RMN.

- **Escalas de estratificación**

La valoración se basa en el análisis de la entrevista clínica, sin embargo, se podrían aplicar reactivos psicológicos de acuerdo con el criterio del profesional. Lo que debe diferenciarse es entre características de personalidad que pueden ser parte de la normalidad. Los problemas relacionados

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón</b>
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 9 de 18	

con la acentuación de rasgos de la personalidad (Z731), en el cual existen rasgos que empiezan a generar conflictos. Y el TPD, en el cual se cumpliría con todos los criterios mencionados para el diagnóstico.

## 5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El DSM IV (2) ofrece algunas pautas para realizar un diagnóstico diferencial de este trastorno:

En los trastornos del estado anímico como son las depresiones, en los trastornos de angustia y en la agorafobia, los pacientes suelen tener características de dependencia, pero la diferencia es que el TPD, tiene un inicio precoz, tiene a cronificarse, y el patrón de comportamiento de dependencia, no aparece exclusivamente cuando se atraviesa uno de los cuadros descritos.

Con el trastorno de personalidad límite comparten el miedo a ser abandonados, pero se diferencian en que este último ante la sensación de abandono, presenta sentimientos de vacío, reacciona con ira, se vuelve demandante, mientras que, en el TPD, la persona se comporta sumisa, y busca una nueva persona que la proteja y apoye. También se debe tener en cuenta otras características, ya que la personalidad tipo límite tiene relaciones intensas e inestables.

Con el trastorno histriónico comparten la necesidad de aprobación y reafirmación constante, pero en el trastorno histriónico existe una demanda activa de atención, mientras que en el TPD existe un comportamiento dócil y una anulación de las necesidades de sí mismo.

Con el trastorno evasivo comparten los sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a la crítica y necesidad de reafirmación, pero se diferencian en que, en el trastorno evasivo la persona evita situaciones por temor a ser humillado y rechazado, mientras que, en el TPD, busca y mantiene contacto con personas importantes, porque piensa que sus esfuerzos van a ser recompensados con cuidados y afecto (Beck y Freeman , 1995) (10).

También se debe diferenciar de trastornos debido a enfermedades médicas o por consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2000) (2).

## 5.2 TRATAMIENTO

### 5.2.1 Farmacológico

Previo el inicio del tratamiento psicofarmacológico, es necesario evaluar la historia psiquiátrica del paciente, así como antecedentes familiares, antecedentes de uso y/o abuso de sustancias entre otras (Sur S de SA., 2012) (22).

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón</b>
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 10 de 18	

Al momento no se ha aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) un tratamiento específico para los Trastornos de Personalidad, ya que se tiene evidencia limitada para el uso de psicofármacos, con el objetivo de mejorar características específicas de estos trastornos (Blanco , Gómez , y Orozco, 2020) (23).

Los síntomas más llamativos en los trastornos de personalidad del clúster C, entre ellos el Trastorno de Personalidad Dependiente, son la ansiedad y el comportamiento con tendencia a la inhibición, así también suelen asociarse otras comorbilidades del Eje I como son Trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y /o abuso de sustancias, los antidepresivos tipo IRSS, son la primera línea de elección, las benzodiacepinas deben ser usadas con cautela por el riesgo de descontrol emocional y de dependencia, siendo el más estudiado el clonazepam (Sur S de SA., 2012) (21).

Para el tratamiento con psicofármacos del trastorno de personalidad dependiente, se recomienda realizar las intervenciones en los grupos de síntomas, tal como se lo suele hacer en otros trastornos como el de personalidad de tipo límite. (Guillén, 2008) (24).

A continuación, se toma un cuadro de Guerra, Ferrandis, y Carabias (2017), sobre antidepresivos y dosis recomendadas. Anexo 1 Tabla de antidepresivos y dosis recomendadas (25).

En el caso de benzodiacepinas se recomienda su uso con precaución y en lo posible no por tiempos prolongados, se sugiere no sobrepasar las 3 semanas de uso, desde su inicio hasta su retiro (Rica, 2020). (26). Anexo 2 Tabla de benzodiacepinas se recomienda

Los estabilizadores del ánimo, podrían tener un efecto beneficioso en la ira, impulsividad, ansiedad y el estado de ánimo deprimido (Facultad de Lorazepam, 2020) (27).

### **5.2.2 No Farmacológico**

Se debe tener algunas consideraciones que suceden en terapia durante el tratamiento de este trastorno. Muchas personas acuden con objetivos específicos a modificarse, y aunque para el terapeuta sea obvio que parte de sus problemas radican en su trastorno de personalidad, se debe trabajar en las metas solicitadas por los pacientes.

Los pacientes con TPD buscan en el terapeuta una figura de apoyo que les diga cómo realizar las cosas, para sentirse más seguros, y aunque esto al principio pueda ser tentador, ya que se puede ser directivo y asumir el control de la terapia, se estaría reforzando la idea de que el paciente no es capaz de resolver sus problemas, por lo que se debe evitar. En los primeros de momentos de terapia se puede tener una guía más activa y actividades puntuales, pero se debe cambiar poco a poco esta dinámica para que el paciente conforme va desarrollando habilidades, aprende a reelaborar sus pensamientos y sea quien asuma la responsabilidad de su vida.

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón</b>
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 11 de 18	

En ocasiones el terapeuta puede frustrarse en la terapia, debido a que los pacientes buscan siempre su consejo para la resolución de conflictos, sobre todo en situaciones que les generen tensión, se debe tener en cuenta que justamente esas dificultades en asumir responsabilidades son parte del trastorno.

Las personas con TPD tienen mucha ambivalencia al cambio, como diría Mahoney (2005), *nos resistimos al cambio aún más apasionadamente de lo que lo buscamos*, en esos casos debemos trabajar sobre nuestras propias emociones, y centrarnos en que nuestros objetivos no necesariamente son los de los pacientes, que nuestra tarea es apoyar el cambio gradual de ellos y generar el espacio para que ellos se autorregulen (28).

En cuanto a la terapia Beck y Freeman (1995) (10), menciona que el objetivo es fomentar gradualmente la autonomía en los pacientes, incluso la independencia del propio terapeuta, desarrollar la autoconfianza, y el sentido de autoeficacia. Se debe trabajar sobre los pensamientos automáticos relacionados con su capacidad de afrontamiento y sus relaciones interpersonales.

Dentro del tratamiento cognitivo-conductual, Overholser y Fine citado por Caballo (2004), plantean cuatro etapas principales (16):

- Dirección activa: fortalecimiento de habilidades conductuales y entrenamiento asertivo.
- Aumento de la autoestima: exploración psicosocial, reestructuración cognitiva, autoverbalizaciones de afrontamiento.
- Fomento de la autonomía: terapeuta menos directivo, entrenamiento en solución de problemas, método socrático, estrategias de autocontrol.
- Prevención de las recaídas: identificación de situaciones de alto riesgo, práctica de respuestas de afrontamiento ante situaciones que puedan afectar al paciente.
- Independientemente del enfoque terapéutico que se ocupe, los objetivos del tratamiento psicológico deben considerar:
  - Fomentar la autonomía.
  - Desarrollo de habilidades sociales.
  - Fortalecimiento de su autoconfianza.
  - Aumento de la sensación de autoeficacia.
  - Entrenamiento en solución de problemas.
  - Fortalecimiento del autocontrol.
  - Trabajar creencias erróneas de sí mismo y del entorno.

En el caso de niños o adolescentes con rasgos dependientes, se debe realizar psicoeducación con los padres sobre el trastorno, enseñarles técnicas de apoyo, a refutar pensamientos negativos, a impulsar a que analicen las situaciones y tome decisiones por sí mismos, evitar resolver los conflictos por ellos, así, les ayudan a desarrollarse y paulatinamente ser más autónomos (J., 2011) (29).

En cuanto al pronóstico, algunos autores refieren que el paciente podría tensionarse con la idea de autonomía ya que lo vincula con pensamientos de soledad y minusvalía, y eso puede ser causante de

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 12 de 18	

abandono de la terapia. Pero otros autores como Caballo (2004), refieren que, con un trabajo adecuado y compromiso de los pacientes, el pronóstico puede ser positivo (16).

### 5.2.3 Tratamiento de especialidad

En caso de que los pacientes tengan comorbilidades deberán ser manejadas por las especialidades correspondientes.

## 6. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

### CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

- **Hospitalización o Terapia Intensiva:** Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, pero puede requerir hospitalización en caso de que el paciente acuda por un intento autolítico grave, riesgo suicida, consumo de sustancias en estado de abstinencia o con sintomatología psicótica, por otros trastornos del humor.
- **Referencia/Contrarreferencia:** Este diagnóstico no requiere por sí mismo la referencia a un nivel de mayor complejidad, pero podría requerirse un nivel mayor de complejidad debido a comorbilidades que puedan estar asociadas y que sean el motivo de consulta, como el consumo de sustancias, cuadros depresivos graves, intentos autolíticos, riesgo suicida. La referencia se realizará de acuerdo con la normativa vigente.
- **Alta y Referencia Inversa:** Tras disminución de sintomatología principal del cuadro clínico, se referirá al primer nivel de atención para el seguimiento respectivo.

### MANEJO DE PRIORIDADES:

#### 1. PRIORIDAD I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte, y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma. con Signos vitales anormales:

- Precipitación
- Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
- Ingesta de órgano fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.

 <p>REPÚBLICA DEL ECUADOR</p>	<p><b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b></p>	<p>Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón</p>
	<p>Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 13 de 18</p>	

- Suicidio frustrado.
- Intento suicida.
- Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
- Intoxicaciones por ingesta o contacto.
- Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

## 2. PRIORIDAD II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en box de Emergencia naranja.

- Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
- Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
- Pacientes con ideación suicida.
- Pacientes con crisis de ansiedad.
- Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
- Cuadro de demencia con conducta psicótica.
- Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en este box de Emergencia.

## 3. PRIORIDAD III

Paciente que no presenta riesgo de muerte, ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el box de Emergencia III o color amarillo, teniendo prioridad la atención de casos I y II. (30)

- Pacientes con neurosis de ansiedad. (30)
- Pacientes Sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.
- Cualquier otro caso, que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

## 4. PRIORIDAD IV

Pacientes sin compromiso de funciones vitales, ni riesgo de complicación inmediata, se tratan

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 14 de 18	

Síntomas y se refieren para ser atendido en Consulta Externa de Primer nivel o especializada en el mismo Hospital de acuerdo al caso.

- Enfermedades mentales crónicas, no descompensadas.

## 5 PRIORIDAD V:

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata y que deben ser atendidos en consulta externa de primer nivel. Sólo tratamiento sintomático hasta que Asista a cita.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Area de estadística (HGDC). Estadística Hospital General Docente de Calderón. Quito-Ecuador; 2019.
2. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – revisado (DSM-IV-TR). Masson, editor. Barcelona,; 2000. 1049 p.
3. Jiménez Dalziel, M. P. (04 de 02 de 2021). *ITESO Universidad Jesuita de Guadalajara*. Obtenido de <https://rei.iteso.mx/xmlui/themes/Mirage2/bookview/template.html?path=/bitstream/handle/11117/6509/TOG%20MPS%20Mar%c3%ada%20Patricia%20Jim%c3%a9nez%20Dalziel.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=1>
4. Pilco Guadalupe, A., Barreno Guarnizo, L., Choez Carvajal, A., & Lorenzo Bertheau, E. (2016). *Revista Eugenio Espejo*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/5728/572860981004/572860981004.pdf>
5. Lobera IJ, Fernández MJS, Humanes SE. Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. un estudio con el MCMI-II. *Aten Primaria*. el 1 de abril de 2009;41(4):201–6.
6. Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicol Conductual*. , 513-25.
7. Salavera, C., Puyuelo, M., Tricás, J., & Lucha, O. (06 de abril de 2010). *Comorbilidad de trastornos de personalidad: Estudio en personas sin hogar*. Obtenido de Univ Psychol.: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672009000200013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200013)
8. Caballo, V., Guillén, J., & Salazar, I. (03 de 04 de 2009). *Estilos, rasgos y trastornos de personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo*. Obtenido de Psico.: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5161530.pdf>
9. Lorence Lara, B. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apunt Psicol.*, 68.

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón</b>
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 15 de 18	

10. Vetere, G., Portela, A., & Rodríguez, B. (04 de 6 de 2007). *PERFIL DE PERSONALIDAD DE PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA*. Obtenido de Rev Argentina Clínica Psicológica.: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921793003.pdf>
11. Beck, A., & Freeman, A. (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona.: Paidós, editor.
12. Pérez, P., Roibas, L., & Maldonado, S. (26 de 12 de 2003). *Prevalence and severity of personality disorders in substance abuse outpatient treatment program*. Obtenido de Trastornos Adictivos.: [http://zl.elsevier.es/elsevier/26/12/2013.Copiaparausopersonal,seprohibelatransmisióndeestedocumentoporcuquiermediooformato](http://zl.elsevier.es/elsevier/26/12/2013/Copiaparausopersonal,seprohibelatransmisióndeestedocumentoporcuquiermediooformato).
13. Jorge Catelló Blasco. Dependencia emocional-Características de tratamiento [Internet]. Madrid: Alianza Editorial S.A.; 2005 [revisión 2005, citado agosto de 2024]. Disponible: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57133003/Dependencia\\_emocional\\_caracteristicas\\_y\\_tratamiento\\_Castellon.pdf?1533438159=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDependencia\\_emocional\\_Caracteristicas\\_y.pdf&Expires=1724420638&Signature=b~wqB-i88Ku6pGWe4rBlynnh6MbqDjKqhe9k28XMAtWlGmexJpDryq3BsSVDBg5rx2xUu1yJ1Q5PQ6glfThYmAlX4xWsY0a6Cm8iyu5bcQ0-eXGD4iOkBqoFq6PnxEEa9dF5lEmQMF7MfHA7R1w6Gq~jeG8dastY5aVST21KpDDh4ch3fYYVfRLLZrteDsg~HpkLKYEQyQIxJkLPPFAU5Sjx6softjUt5Vmf7v0kXG286VhG79FjpVIRBII42fUt3pdDjdv5rd4G-00yLpIYCxmPucZu5Qbor4Ghkimr0hYTc9alrkQer3qkQJQiemW0~hPQ0rdXdxT4TU9d3ew\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57133003/Dependencia_emocional_caracteristicas_y_tratamiento_Castellon.pdf?1533438159=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDependencia_emocional_Caracteristicas_y.pdf&Expires=1724420638&Signature=b~wqB-i88Ku6pGWe4rBlynnh6MbqDjKqhe9k28XMAtWlGmexJpDryq3BsSVDBg5rx2xUu1yJ1Q5PQ6glfThYmAlX4xWsY0a6Cm8iyu5bcQ0-eXGD4iOkBqoFq6PnxEEa9dF5lEmQMF7MfHA7R1w6Gq~jeG8dastY5aVST21KpDDh4ch3fYYVfRLLZrteDsg~HpkLKYEQyQIxJkLPPFAU5Sjx6softjUt5Vmf7v0kXG286VhG79FjpVIRBII42fUt3pdDjdv5rd4G-00yLpIYCxmPucZu5Qbor4Ghkimr0hYTc9alrkQer3qkQJQiemW0~hPQ0rdXdxT4TU9d3ew__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
14. Clínica Universidad de Navarra. Depresión [Internet].[Consultado 23 agos 2024]. Disponible en:<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>
15. Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la Personalidad*. México: McGraw-Hill, editor. Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México: Pearson, editor.
16. Jan Ter Laak (1996). *Las cinco dimensiones de la personalidad*. Países Bajos: Revista de psicología de la PUCP. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4625401.pdf&ved=2ahUKEwjXzNLEqJWIAxUtTjABHU3WGcEQFn0ECBUQAQ&usq=AOvVaw2ue37CS7mf3jfDwEbg5Vlp>
17. Caballo V. Manual de trastornos de la personalidad Descripción, evaluación y tratamiento [Internet]. Síntesis E, editor. España; 2004. 751 p. Disponible en: <https://doi.org/84-9756-210-0>

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	<b>Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón</b>
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 16 de 18	

18. Molina Victoria (2013). La sumisión [Internet]. México: Biblioteca virtual del Centro San Camilo. [revisión 2013, citado agosto de 2024]. Disponible: <https://www.cscbiblioteca.com/assets/la-sumision--online.pdf>
19. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Panamerica. Ginebra; 1992.
20. Oldman, Jhon; Morris L. Autorretrato de la Personalidad. Ediciones S, editor. España; 1995. 430 p.
21. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. . (1992). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Ginebra: Panamerica.
22. Sur S de SA. (08 de abril de 2012). *Protocolos de Derivación en Psiquiatría Adulto. Trastornos de Personalidad*. Obtenido de Araucania Sur-Chile: [https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2016/01/PROTOCOLO\\_TRASTORNO\\_DE\\_PERSONALIDAD.pdf](https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2016/01/PROTOCOLO_TRASTORNO_DE_PERSONALIDAD.pdf)
23. Blanco , A., Gómez , N., & Orozco, D. (01 de abril de 2020). *Actualización de los trastornos de personalidad*. Obtenido de Rev Medica Sinerg: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/437>
24. Guillén, J. M. (2008). *Tratamiento farmacológico de los trastornos de la*. Obtenido de Revista Española de drogodependencias: [https://www.aesed.com/upload/files/vol-33/n-1/v33n1\\_1.pdf](https://www.aesed.com/upload/files/vol-33/n-1/v33n1_1.pdf)
25. Guerra, D., Ferrandis, V., & Carabias, Á. (09 de abril de 2017). *¿Estamos medicalizando los problemas de la vida diaria?* Obtenido de Printable version :<https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/en/noticiasdestacados/destacados/medicalizando-problemas-vida-diaria.print-frame>
26. Rica, M. (09 de abril de 2020). *Protocolos para la prescripción de psicotrópicos y estupefacientes*. Obtenido de
27. Medicina) U (Facultad de. Lorazepam [Internet]. [citado el 9 de abril de 2020]. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Lorazepam.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Lorazepam.htm)
28. Mahoney, M. (2003). *Psicoterapia Constructiva*, 415.
29. J., F. (08 de abril de 2011). *Trastorno de la Personalidad por Dependencia*. Obtenido de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/trastorno-de-la-personalidad-por-dependencia-etilogia-y-tratamiento/>
30. Sistema de Triage de Manchester en Emergencia Hospital General de Chone. MSP. Julio 2015. [https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wpcontent/uploads/2015/11/manual\\_de\\_sistema\\_de\\_triage\\_manchester.pdf](https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wpcontent/uploads/2015/11/manual_de_sistema_de_triage_manchester.pdf)

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 17 de 18	

## 8. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
13/05/2025	Versión Inicial	N/A	001

## 9. ANEXOS

### 9.1 ANEXO 1 TABLA DE ANTIDEPRESIVOS Y DOSIS RECOMENDADAS

<b>Antidepresivos Inhibidores selectivos de la recaptación de la Serotonina (ISRS) recomendados:</b>			
ISRS	Dosis inicio	Dosis diaria	Dosis Máxima
Fluoxetina	10 mg	20-60 mg	60 mg
Sertralina	25mg	50-150 mg	200 mg
Citalopram	5-10 mg	20-40 mg	Adultos 40 mg Ancianos 20 mg
Paroxetina	10 mg	20-40 mg	50 mg

**FUENTE:** se toma un cuadro de Guerra, Ferrandis, y Carabias (2017)

 <b>REPÚBLICA DEL ECUADOR</b>	<b>PROTOCOLO DE TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD</b>	Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón
	Código: HGDC-GA-GADT-GCTSM-PROT-TDP-001 Versión: 001 Página 18 de 18	

## 9.2 ANEXO 2 TABLA DE BENZODIACEPINAS SE RECOMIENDA

Benzodiazepina	Dosis	Presentación
Clonazepam	0,25 mg dos veces al día, se puede aumentar cada 3 días hasta una dosis máxima de 2 mg dos veces al día.	Tabletas 2 mg. Solución oral 2,5 mg/ml
Alprazolam	0,25 mg – 0,5 mg tres veces al día, hasta dosis máxima de 4 mg por día, repartido en 3 a 4 dosis.	Tabletas de 0,25mg y de 0,3 mg
Lorazepam	1 mg dos veces al día.	Tabletas de 1 y 2 mg

**FUENTE:** se toma un cuadro de Guerro, Ferrandis, y Carabias (2017)