



# La Escrupulosidad: Una Aproximación Clínica

Scrupulosity: A Clinical Approach

Lic. Esp. José Pablo Ducis Roth

[jpducisroth@hotmail.com](mailto:jpducisroth@hotmail.com)

Instituto Seminario Mayor San José – La Plata – Argentina

---

## Resumen

La escrupulosidad es una presentación clínica heterogénea del trastorno obsesivo compulsivo cuyo contenido recae sobre temas religiosos y morales. El presente artículo pretende hacer un estado de la cuestión sobre este padecimiento y describir sus características clínicas más relevantes, de interés tanto para los profesionales de la salud mental como para los agentes de pastoral. Se indican sugerencias pastorales útiles para su abordaje.

Palabras clave: escrupulosidad, trastorno obsesivo compulsivo, psicología pastoral

## Abstract

Scrupulosity is a heterogeneous clinical presentation of obsessive-compulsive disorder concerning religious and moral issues. This article aims to review the current state of knowledge regarding this disorder and describe its more salient clinical features, worth to both mental health professionals and pastoral agents. Useful pastoral suggestions are made.

Key words: scrupulosity, obsessive-compulsive disorder, pastoral psychology

---

Recibido: 19/06/2022

Aceptado: 19/06/2022

Publicado: 25/11/2022





## Introducción

La escrupulosidad es una presentación altamente idiosincrásica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) que se superpone a menudo con otras presentaciones del mismo cuadro clínico, especialmente con aquéllas que incluyen ideas obsesivas relativas a la violencia, el sexo y otras temáticas que el sujeto pudiera considerar repugnantes o inmorales. Se caracteriza por la culpa patológica y la presencia de dudas y temores persistentes relativos al pecado, la blasfemia y el castigo divino y por compulsiones consistentes en conductas religiosas excesivas como la oración repetitiva y la búsqueda constante de reaseguro sobre temáticas religiosas, a las que se asocia una intensa angustia y disfuncionalidad (Abramowitz & Jacoby, 2014; Miller & Hedges, 2008).

En este artículo nos proponemos realizar un estado de la cuestión y una descripción clínica de este padecimiento.

Así, en un primer momento caracterizaremos de modo general el TOC, para luego detenernos a describir en profundidad su particular presentación clínica en la escrupulosidad. Finalmente, realizaremos algunas sugerencias que pueden resultar de utilidad especialmente al agente de pastoral, figura que en su ministerio cotidiano se enfrenta al desafío de acompañar a personas que sufren este trastorno.

## Descripción clínica del TOC

Más allá de la heterogeneidad de su presentación, el TOC suele ser caracterizado por la presencia de dos componentes centrales: las obsesiones y las compulsiones. Así, los criterios para el TOC tal como son descritos en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) se basan en la presencia de obsesiones y/o compulsiones (American Psychiatric Association, 2013).

Las **obsesiones** pueden ser entendidas como pensamientos intrusivos no deseados que en la mayoría de los sujetos generan ansiedad o malestar significativos. En algún momento el sujeto intenta ignorar o suprimir estas cogniciones o bien intenta neutralizarlas mediante otras cogniciones o actos (American Psychiatric Association, 2013). A su vez, las obsesiones se caracterizan por su persistencia, aunque su frecuencia y duración resulta altamente variable. Los temas obsesivos más frecuentes suelen girar en torno a la contaminación, la responsabilidad por haber causado o poder causar algún daño, tópicos tabú como sexo, violencia y blasfemia, y la necesidad de orden y simetría. Se trata generalmente de contenidos que resultan incongruentes con el tipo de pensamientos que el sujeto esperaría tener en función de su sistema de valores o que reflejan temores propios del ciclo vital que se encuentra atravesando, lo cual explica el malestar asociado a la obsesión y su resistencia subjetiva (Abramowitz & Jacoby, 2014<sup>a</sup>; Chappa, 2011; McKay, y otros, 2004; Pérez Rivera & Borda, 2017).

Las **compulsiones o rituales** pueden definirse como conductas (ej. chequear la llave del gas) o actos mentales (ej. contar palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo siente que debe realizar ajustándose a determinadas reglas estrictas autoimpuestas. Los rituales constituyen el modo subjetivo de responder a las obsesiones y se ejecutan con el fin de prevenir o disminuir el malestar o de prevenir algún acontecimiento negativo temido. Las compulsiones pueden no estar conectadas de



manera realista con aquello que pretenden prevenir o bien resultar excesivas (American Psychiatric Association, 2013).

Los sujetos generalmente tienden a conceptualizar su actitud frente a las ideas obsesivas como irracional o exagerada, presentando conciencia de enfermedad. Sin embargo, en la actualidad suele matizarse este aspecto y se conceptualiza que el grado de *insight* puede variar de paciente a paciente y fluctuar a la vez en un mismo sujeto, asociándose el *insight* pobre a un peor pronóstico. Este aspecto fue recogido en la reconceptualización que del TOC se hizo en el DSM-5, donde la conciencia de enfermedad es valorada a lo largo de un *continuum* y funciona como especificador del trastorno, sin por ello modificarse el diagnóstico (Abramowitz & Jacoby, 2014a; Krzanowska & Kuleta, 2017; Pérez Rivera & Borda, 2013).

### **Definiciones de escrupulosidad**

El término “escrúpulo” deriva del latín *scrupulus*, es decir, “piedrita”, designando especialmente a aquella molesta que se introduce en el calzado al caminar (Moliner, 1994). Su significado etimológico es elocuente ya que indica la insignificancia moral de las situaciones sobre las que pueden recaer los temores obsesivos de los sujetos escrupulosos, a la vez que subraya su incomodidad. Con el paso del tiempo dicho término pasó a designar una medida de peso ínfimo -apenas mayor a un gramo-, empleada en la Antigua Roma en el ámbito farmacéutico y que sólo podía ser registrada por balanzas muy sensibles. Su uso se extendió entonces a la designación de una conciencia moral extremadamente delicada, minuciosa o recta, capaz de registrar faltas morales ínfimas y sufrir por ellas (Weisner & Riffel, 1960). La expresión coloquial española “escrúpulo de monja” recoge este último sentido, ya que se utiliza para designar inquietudes de conciencia pueriles y exageradas.

El Diccionario de la Real Academia Española (2020) ofrece cinco acepciones para el término “escrúpulo”. Si bien ninguna de ellas alude a un trastorno mental, dos de ellas merecen particular atención. Así, la primera recoge el aspecto de malestar subjetivo presente en la patología: “Duda o recelo *inquietantes* para la conciencia sobre si algo es bueno o se debe hacer desde un punto de vista moral (subrayado nuestro)”. Además, desliza un aspecto cognitivo y emocional importante de esta forma de TOC, como es la dubitación continua en torno a materias morales o religiosas (Abramowitz, Huppert, Cohen, Tolin, & Cahill, 2002). La otra acepción a destacarse refleja un dominio cognitivo asociado al TOC, como es el perfeccionismo. Reza la definición: “Exactitud o rigor en el cumplimiento del deber o en la realización de algo (subrayado nuestro)”. Esta acepción recoge además la connotación positiva a veces asociada al término, lo que en el terreno psicopatológico se reflejará en la vivencia egosintónica del trastorno por parte de algunos sujetos.

Desde una perspectiva pastoral, la escrupulosidad ha sido definida como “un estado psicológico habitual que, debido a un miedo irracional a pecar, inclina a la persona a juzgar determinados pensamientos o acciones como pecaminosos cuando en verdad no lo son, o como más graves de lo que son en realidad” (Santa, 2017).

Desde una perspectiva clínica, numerosos autores consideran la escrupulosidad como uno de los modos de manifestación de un trastorno de gran heterogeneidad de

presentación como es el TOC, consistiendo este subtipo en obsesiones y compulsiones de temática religiosa (Abramowitz & Jacoby, 2014b; Deacon y Nelson, 2008; Greenberg & Huppert, 2010; Huppert & Siev, 2010). Así, la escrupulosidad ha sido conceptualizada como la forma que cobra el TOC en las personas con un profundo trasfondo religioso (Fallon, y otros, 1990), aunque se ha discutido la correlación entre religiosidad alta e ideas obsesivas de contenido religioso, siendo la mayor variedad de obsesiones el único predictor de escrupulosidad (Tek & Ulug, 2001).

Algunos autores discriminan entre la escrupulosidad entendida de manera acotada y extendida (Huppert & Siev, 2010). En el sentido acotado la sintomatología se limita a contenidos vinculados a la religión, mientras que en su sentido extendido la misma incluye cuestiones de moral secular (ej. no haber reciclado una lata de gaseosa). Ambas expresiones de la escrupulosidad se asemejan especialmente en el enorme temor a cometer actos inmorales en el terreno interpersonal y dan lugar en ambos casos a conductas de reaseguro (Ciarrocchi, 1995). Más allá de esta distinción, la literatura especializada se ocupa casi exclusivamente de la escrupulosidad en el sentido acotado del término.

En lugar de considerarla una simple forma de presentación del TOC, Miller y Hedges (2008) definen la escrupulosidad como un trastorno psicológico en sí mismo y lo caracterizan por la culpa patológica y la presencia de obsesiones asociadas a temas morales o religiosos que con frecuencia se acompañan de observancia religiosa o moral compulsivas sumamente angustiantes y disfuncionales para el sujeto. Estos autores esgrimen cuatro argumentos a favor de considerar este padecimiento un trastorno *per se*. A saber:

1. La escrupulosidad implica un mayor grado de pensamiento mágico, creencias más rígidas y un peor *insight* que otras manifestaciones del TOC;
2. Presenta una menor respuesta que otras formas de TOC al tratamiento de primera elección, esto es, tratamiento serotoninérgico y terapia cognitivo-conductual;
3. Los pensamientos obsesivos suelen ser percibidos como menos inaceptables e intrusivos por parte de los sujetos escrupulosos, a la vez que su contenido se acerca a dilemas morales percibidos como reales por el paciente en mayor medida de lo que sucede con otras temáticas obsesivas;
4. Parece haber una menor tendencia a la compulsividad en los sujetos escrupulosos de lo que acontece con sujetos que sufren otro tipo de obsesiones.

A pesar de estas observaciones, la mayoría de los autores especializados no conciben la escrupulosidad como una entidad nosográfica independiente del TOC. De hecho, se ha argumentado que a nivel fenomenológico aquella coincide plenamente con otras presentaciones del TOC. Al igual de lo que sucede con otro tipo de obsesiones, las de contenido religioso provocan ansiedad y mueven a la ritualización y a la implementación de estrategias de evitación que ayudan a aliviar el malestar (Abramowitz & Hellberg, 2020). Asimismo, se ha señalado que la escrupulosidad suele superponerse a otras presentaciones del mismo trastorno, especialmente con aquellas que incluyen ideas obsesivas relativas a la violencia, el sexo y otras temáticas que el sujeto pudiera considerar repugnantes o inmorales. Por otra parte, la escrupulosidad parece estar especialmente ligada a la dimensión del TOC de la inaceptabilidad de los pensamientos, aunque, como sucede con otras presentaciones del TOC, la sintomatología puede incluir también otras dimensiones (Abramowitz & Hellberg, 2020; Abramowitz & Jacoby, 2014b; McKay, y otros, 2004).



En relación a la supuesta peor respuesta de los pacientes escrupulosos a los tratamientos de primera elección, los estudios sobre eficacia de tratamiento indican que la escrupulosidad responde a las mismas intervenciones que otras presentaciones del TOC, sin diferencia significativa en su eficacia. El único estudio que halló una peor respuesta fue conducido por Mataix-Cols y equipo (2002) en sujetos que presentaban al mismo tiempo obsesiones de contenido religioso y sexual y que recibieron terapia conductual autoadministrada a través de un manual y una guía computarizada, no replicándose estos resultados en sujetos que recibieron terapia de manos de un clínico experto. Considerando la combinación del tipo de obsesión y la administración particular del tratamiento resulta cuestionable hacer una generalización de estos resultados terapéuticos desfavorables (Greenberg & Huppert, 2010).

En relación al argumento de que los pensamientos presentes en los sujetos escrupulosos son menos inaceptables e intrusivos de lo que sucede con otras formas de TOC, se ha indicado que esto se debe a que los temores obsesivos de contenido religioso se basan parcialmente en algunos aspectos familiar o comunitariamente normativos, lo cual influye en la vivencia egosintónica de los mismos (Weisner & Riffel, 1960). De todos modos, esta experiencia egosintónica solo representa a una porción de la población de sujetos escrupulosos y tampoco podría generalizarse (Greenberg & Huppert, 2010).

### **Presentación sintomática**

Abramowitz y Jacoby (2014b) señalan que la observación clínica permite distinguir al menos cuatro presentaciones del TOC de escrupulosidad, las cuales no deben considerarse mutuamente excluyentes. Estas son:

1. Presencia de pensamientos intrusivos generalmente egodistónicos que son al menos parcialmente interpretados desde un marco religioso. Es interesante señalar que el contenido de dichos pensamientos no tiene necesariamente un contenido religioso, pero su evaluación sí está asociada a una temática religiosa (ej. un pensamiento intrusivo sobre incesto podría ser interpretado como una implantación del demonio o como un pecado que equivalga a su concreción).
2. Presencia de pensamientos intrusivos egodistónicos directamente relacionados con el mundo religioso y que generalmente serían considerados blasfemos (ej. imágenes del sujeto escupiendo una pila bautismal o quemando un rollo de la Torah) y presencia de rituales y estrategias de neutralización que pueden o no implicar temas religiosos.
3. Presencia de pensamientos egodistónicos de carácter religioso -muchas veces relativos a cuestiones de fe o a interpretaciones de textos percibidos como sagrados- que pueden volverse obsesivos y conducir a una búsqueda continua de reaseguro (ej. un devoto católico que se pregunte sobre la veracidad del dogma de la infalibilidad papal, deviniendo dicha pregunta en un tormento interior que le haga dudar de su vida espiritual e identidad religiosa).
4. Presencia de dudas obsesivas acerca de si los preceptos o rituales religiosos se siguieron de manera correcta o acerca de si la fe de uno es lo suficientemente firme (ej. un judío ultraortodoxo que dude si se higienizó correctamente la zona perianal



previamente a la oración). Estas dudas podrían ser caracterizadas como egosintónicas, ya que se corresponden con el sistema de valores del sujeto y prácticas culturales normativas.

En relación a las **obsesiones** de contenido religioso, Abramowitz y Hellberg (2020) indican que entre las que se presentan con mayor frecuencia en la consulta clínica pueden citarse:

- \* Dudas frecuentes de haber pecado de manera inadvertida (ej. “¿Me habré copiado sin darme cuenta al mirar a mi alrededor durante el examen?”);
- \* Pensamientos e imágenes considerados blasfemos (ej. “la Virgen María no permaneció virgen”; “imagen de una Biblia manchada de semen”);
- \* Dudas sobre la suficiencia de la vida piadosa, fe o moralidad (ej. “¿Y si lo que rezo no alcanza para salvarme?”);
- \* Temor a no realizar un ritual religioso o una oración del modo adecuado (ej. “¿es válida la misa si yo me distraje durante la consagración?”; “Tal vez omití una palabra al pronunciar el *Shemá Israel*”);
- \* Miedos persistentes a la condenación y castigo eternos (ej. “¿Y si no me salvo?”; “Tener este tipo de pensamientos me llevará al infierno”).

Como se apreciará, esta descripción no es exhaustiva ya que deja por lo pronto de lado aquellas obsesiones cuyo contenido no es religioso sino relativo a la moral secular.

A su vez, entre las **compulsiones** que de manera prototípica se presentan entre los pacientes de afiliación cristiana pueden mencionarse la oración excesiva, la repetición de versículos bíblicos hasta que sean percibidos como pronunciados de manera perfecta, búsqueda de reaseguro constante por parte de agentes de pastoral sobre asuntos relativos a la salvación y, entre los católicos, frecuentación excesiva del sacramento de la Reconciliación, confesando de manera reiterada los mismos pecados. En el ámbito judío e islámico, mientras tanto, las compulsiones recaen prototípicamente sobre la limpieza personal excesiva previa a la oración. Hay que señalar que entre los musulmanes la norma religiosa prescribe realizar abluciones (*wudu*) que implican un proceso de limpieza de partes del cuerpo en un orden específico, tres veces cada parte, y de manera previa a cada una de las cinco oraciones diarias comunitarias. Las abluciones pueden resultar invalidadas si algún tramo de este proceso no se cumple adecuadamente (Greenberg & Shefler, 2002; Greenberg, Witztum & Pisante, 1987; Siev & Cohen, 2007).

La anterior descripción de las compulsiones en la escrupulosidad se vincula estrechamente a dos conceptos utilizados para describir la experiencia de la persona con TOC, a saber, la sensación de inacabado y las denominadas *not just right experiences*, conceptos que remiten a un estado de insatisfacción debido a la percepción de que algo no se realizó de manera perfecta (García Soriano, Carrió & Belloch, 2016).

Se ha querido predecir el tipo de sintomatología obsesivo compulsiva prevalente a partir de la distinción entre religiones ortoprácticas y ortodoxas. El primer grupo se caracteriza por enfatizar la importancia del cumplimiento de rituales comportamentales que organizan la vida comunitaria, mientras que el segundo pone el acento en aspectos doctrinales. Al ser el Islam y el Judaísmo religiones ortoprácticas, es frecuente encontrar entre sus fieles temores obsesivos y compulsiones vinculadas a la realización adecuada



de la ablución, del aseo perianal, el seguimiento adecuado de las dietas alimentarias permitidas o la preocupación en torno a la limpieza menstrual (Cohen, 2009). Contrariamente, al ser el cristianismo una religión predominantemente ortodoxa, el énfasis estaría puesto en la pureza o rectitud de los pensamientos. Por esta razón, los temores obsesivos girarían en mayor medida en torno a la blasfemia, la duda de fe o de salvación y, de manera especial entre los convertidos al pentecostalismo, en torno a la posesión demoníaca (Buccholz, y otros, 2019; Siev & Cohen, 2007).

Por supuesto que esta distinción debe ser tomada solo como una tendencia general, ya que la casuística permite observar superposiciones de ambos tipos de temores y compulsiones. Así, es frecuente entre los judíos ultraortodoxos la existencia de preocupaciones en torno a la pronunciación correcta de las palabras de una plegaria, pero también en torno al nivel de concentración mantenido durante la misma. Como se apreciará en este ejemplo, el temor puede recaer también sobre disposiciones internas – cognitivas– y no meramente conductuales.

Si bien Ciarrocchi (1995) se encarga de señalar la enorme heterogeneidad existente en el contenido de los escrúpulos, propone clasificarlos en nueve grandes temas. Algunos de estos temas se superponen con los descritos por Abramowitz y Hellberg (2020) e incluyen tanto preocupaciones religiosas como de moral secular. Dichos temas son:

- 1) Honestidad (ej. reiterado chequeo de recibos y del vuelto para eliminar la duda de haber sido beneficiado con un error por parte del cajero del supermercado);
- 2) Blasfemia (ej. impulso a desnudarse durante una celebración religiosa en un templo);
- 3) Cooperación con el pecado (ej. temor a haber pecado por no haber intervenido cuando una pareja desconocida discutía la posibilidad de viajar juntos sin estar casados);
- 4) Ideas sexuales (ej. temor a tocar de manera inapropiada a un bebé mientras se le cambian los pañales);
- 5) Ideas de agresión (ej. creencia de haber atropellado a peatones sin haberse dado cuenta mientras conducía el auto),
- 6) Ideas referidas a la caridad (ej. una madre teme que su hijo no sepa cuánto lo ama y por ello repite “te amo” decenas de veces antes de acostarlo a dormir);
- 7) Ideas referidas a la muerte (ej. temor a que Dios castigue con la muerte a un ser querido como castigo por sus pecados pasados);
- 8) Ideas referidas al daño (ej. un sujeto imagina intrusivamente a su esposa muriendo en un accidente de tránsito y reza durante tres horas para evitar que ello ocurra),
- 9) Dudas obsesivas misceláneas.

Tal como sucede con otras formas del TOC, los sujetos que padecen escrupulosidad suelen evitar algunas situaciones y estímulos, ya sean estos religiosos (ej., servicios litúrgicos, lectura espiritual, íconos, canciones, etc.) o seculares, siendo éstos últimos percibidos como conducentes al pecado (ej. tiendas de venta de alcohol, libros sobre satanismo, películas, etc.). Tanto unos como otros pueden funcionar como disparadores de las obsesiones y compulsiones (Abramowitz & Hellberg, 2020).

Paradójicamente, esta evitación de estímulos por temor a pecar puede llevar al sujeto a abandonar prácticas religiosas prescriptivas al interior de su comunidad religiosa y que él mismo considera valiosas y contribuyentes a su sentido de identidad. El impacto del TOC de escrupulosidad en la vida del sujeto ilustra de manera apropiada el fenómeno



denominado por Hathaway (2003) como discapacidad religiosa clínicamente significativa, esto es, una habilidad reducida para desarrollar actividades religiosas, alcanzar metas religiosas o tener experiencias religiosas como consecuencia de un trastorno psicológico. De acuerdo a este autor, la perspectiva tradicional de la psicología ha sido preguntarse por la contribución de la religiosidad a la psicopatología, pero no debe ser ignorada la contribución en el sentido opuesto. En el caso de la escurpulosidad, la evitación característica del TOC corroe la dimensión religiosa del sujeto, aislándolo de su comunidad.

Para cerrar este apartado, presentaremos en la Tabla 1 una serie de cinco criterios clínicos que recogen las características más distintivas de la escurpulosidad y que son presentados con espíritu práctico siguiendo el estilo de un manual diagnóstico (Miller & Hedges, 2008). A saber:

A)	Presencia de uno o más de los siguientes síntomas:
1)	Culpa excesiva o inapropiada relativa a cuestiones morales o religiosas.
2)	Duda o confusión excesivas e inapropiadas relativas a asuntos morales o religiosos.
3)	Rumiación excesiva o inapropiada referida a asuntos religiosos o morales.
4)	Observancia excesiva o inapropiada de prácticas religiosas o morales.
B)	El/los síntoma/s causa/n un malestar clínicamente significativo o perjuicio en el funcionamiento religioso, académico, laboral y/o social.
C)	El/los síntoma/s no ocurre/n exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, del estado del ánimo o del desarrollo y no se explica mejor por otro trastorno del eje I y II.
D)	El/los síntoma/s no cede/n ante la guía o intervención de las autoridades (padres o agentes de pastoral, por ejemplo).
E)	El/los síntomas no se deben a consecuencias culturalmente aceptadas de conducta inmoral o son excesivamente duraderos o desproporcionados para el grupo cultural o religioso de referencia del paciente.

Tabla 1: Criterios clínicos para el diagnóstico de la escurpulosidad, según C.H. Miller y W. Hedges (2008, p. 1052).

### **Diagnóstico diferencial con la religiosidad saludable**

La distinción entre la escurpulosidad y la observación saludable de prácticas religiosas puede resultar compleja para el profesional de la salud en mayor medida que para el agente de pastoral.



Un aspecto a tener en cuenta es que la primera suele centrarse en algunos pocos aspectos de la vida religiosa, los cuales de manera irónica interfieren con prácticas religiosas más centrales y generales. Además, se expresa en conductas inflexibles y en la consideración de la necesidad de adherir de manera perfecta a los preceptos religiosos en lugar de estimarlos como ideales orientadores de la existencia (Abramowitz & Hellberg, 2020).

Otro aspecto a tener en cuenta es la presencia de angustia en la escrupulosidad, ya que las ideas obsesivas y rituales religiosos compulsivos están atravesados por el miedo y la ansiedad. Contrariamente, la religiosidad saludable se halla asociada típicamente a emociones positivas (Greenberg & Shefler, 2002; Park & Slattery, 2013).

La referencia a la vivencia comunitaria de la fe puede brindar también un criterio de discernimiento ya que los pecados temidos por los escrupulosos consisten en transgresiones morales o religiosas menores o no centrales para la comunidad religiosa en cuestión. Podría afirmarse entonces que en la escrupulosidad se observa una divergencia entre la evaluación moral subjetiva y la comunitaria. Este aspecto del trastorno aleja al sujeto de la conexión y validación que pudiera recibir por parte de otros correligionarios, perdiendo de este modo la fe su característica fuerza cohesionadora. Esta dimensión comunitaria del diagnóstico debe ser contemplada para resguardar al clínico de una clasificación sobreinclusiva y errónea de conductas religiosas esperables como patológicas (Miller & Hedges, 2008).

Por su parte, y en consonancia con lo ya señalado, Greenberg, Witzum y Pisante (1987) proponen una serie de preguntas para orientar el discernimiento de formas saludables y patológicas de religiosidad:

\*¿se focalizan las conductas compulsivas en un aspecto trivial de la experiencia religiosa, excluyendo otros más importantes?

\*¿las demandas laborales, sociales, familiares y de participación religiosa comunitaria no reciben la atención suficiente debido a la presencia de los escrúpulos?

\* ¿las conductas compulsivas van más lejos de lo que prescribe el canon religioso?

## **Epidemiología**

Miller y Hedges (2008) subrayan que, además de escasa, la información epidemiológica sobre la escrupulosidad dista de ser confiable debido a que la naturaleza del trastorno hace que quienes lo padecen canalicen la consulta espontánea a través de los agentes de pastoral y no de profesionales de la salud.

La evidencia disponible sugiere que las obsesiones con contenido religioso son una de las manifestaciones más frecuentes del TOC, oscilando entre un 5 y un 33 % de la población que recibe dicho diagnóstico (Miller & Hedges, 2008). En el campo de estudio sobre el TOC para el DSM IV, se ubicaban en el lugar del quinto contenido obsesivo más frecuente, luego de los referidos a la contaminación, el temor al daño a sí mismo o a terceros, la necesidad de simetría y las obsesiones somáticas (Foa & Kozac, 1995). Otras investigaciones indican que las obsesiones de tipo religioso se hallan presentes en casi un

cuarto de la población de pacientes con TOC (Antony, Downie, & Swinson, 1998, citado por Abramowitz, 2001).

La escurpulosidad ha sido reportada como el principal contenido obsesivo por alrededor del 6% de la población clínica con TOC (Tolin, Abramowitz, Kozac, & Foa, 2001). Investigaciones provenientes de países musulmanes -menos secularizados que los occidentales- elevan estos datos hasta un 60% de los pacientes con TOC (Okasha, 2004; Okasha, Saad, Khalil, Seif El Dawla, & Yehia, 1994; Tek & Ulug, 2001) y un estudio conducido en población judía ultraortodoxa con diagnóstico de TOC indica la prominencia de este contenido en el 93% de la muestra (Greenberg & Huppert, 2010). Estos datos sugieren que las obsesiones religiosas expresan el mayor o menor grado de centralidad de los valores religiosos en la vida comunitaria de un pueblo determinado, aunque no se conciben como producto de la religiosidad en sí misma.

En población católica estadounidense, se ha estimado una prevalencia de la escurpulosidad en un 0.2 %, (citado por Cobb, 2014), aunque para este cálculo sólo se tuvo en cuenta la presencia de signos ostensibles a la mirada sacerdotal, lo cual la vuelve una cifra poco confiable debido a la falta de registros sistemáticos al respecto.

En relación a la presencia de la escurpulosidad en sujetos cristianos, varios autores sugirieron que esta sería más elevada en sujetos protestantes que en sujetos católicos (Abramowitz, Huppert, Cohen, Tolin, & Cahill, 2002; Nelson, Abramowitz, Whiteside, & Deacon, 2006; Rassin & Koster, 2003), aunque una investigación reciente halló lo contrario (Buccholz, y otros, 2019). De manera sorprendente, este mismo estudio halló además que incluso sujetos que se autodefinían como no religiosos presentaban creencias de tipo escurpulosas, fenómeno que ya había sido descrito clínicamente (Greenberg & Shefler, 2008). Esto puede ser explicado como un residuo de identificaciones pasadas con algún credo religioso o como parte de la influencia cultural de la cual los sujetos no religiosos no escapan.

## **Comorbilidad**

Aunque la escurpulosidad no se considera una forma más severa de TOC, la literatura especializada indica que se asocia a mayor presencia de síntomas ansiosos y depresivos (Greenberg & Shefler, 2002; Nelson, Abramowitz, Whiteside & Deacon, 2006; Tek & Ulug, 2001). Su relación con el ánimo deprimido puede rastrearse ya en el elocuente término “melancolía religiosa”, acuñado en 1691 por el obispo John Moore de Norwich para describir el fenómeno de la escurpulosidad.

A su vez, la correlación entre TOC y Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad (TOCP) no es infrecuente y parece depender de características clínicas y de desarrollo como una edad de inicio más temprana, mayor comorbilidad con trastornos de ansiedad y de personalidad evitativa, mayor presencia de obsesiones referidas a la simetría y la acumulación, así como mayor tasa de compulsiones de simetría, orden, acumulación, limpieza y repetición (Coles, Pinto, Mancebo, Rasmussen, & Eisen, 2008). No sorprende, por tanto, que un 30 % de los pacientes que recibieron diagnóstico de TOCP presenten un TOC comórbido (Pérez Rivera & Borda, 2017).



En relación a la escrupulosidad en particular, muchos aspectos manifiestos en ella se superponen a rasgos que se observan también en el contexto de un TOCP, como pueden ser la inflexibilidad en torno a cuestiones éticas y la egosintonicidad. Así, un estudio que recurrió a autoinformes encontró una correlación moderada entre escrupulosidad y rasgos de TOCP (Siev, Steketee, Fama, & Wilhem, 2011).

Sin embargo, a pesar de sus similitudes de presentación, los dos trastornos difieren en que los temores de los sujetos con escrupulosidad conciernen principalmente a asuntos religiosos y morales, mientras que quienes sufren TOCP muestran rigidez en múltiples áreas de la vida que pueden o no incluir la moralidad/religión. Además, el TOCP no requiere para su diagnóstico de culpa patológica u observancia religiosa excesiva y el nivel de funcionalidad de los sujetos que lo padecen es mayor.

En un estudio con judíos ultraortodoxos que recibieron diagnóstico de TOC, no se hallaron diferencias significativas en malestar, resistencia, sentido de irracionalidad y cantidad de horas al día empleadas para la realización de rituales entre el subgrupo de aquéllos con ideas obsesivas de contenido religioso y el subgrupo de aquéllos con ideas obsesivas de contenido no religioso (Greenberg & Shefler, 2002). Esto sugiere, tal como decíamos al comienzo del apartado, que la escrupulosidad no representa una forma particularmente más severa del TOC, aunque en el estudio sí pudo observarse su asociación a personalidades de tipo obsesivo y a una mayor presencia de síntomas ansiosos y depresivos.

### **Tipos de escrupulosidad**

En su manual terapéutico *The doubting disease*, Joseph W. Ciarrocchi (1995) propone distinguir tres tipos de escrupulosidad: escrupulosidad evolutiva o de desarrollo, escrupulosidad de influencia ambiental y escrupulosidad clínica.

El primer tipo de escrupulosidad se despliega en dos posibles contextos personales: la adolescencia y la conversión/revinculación religiosa. En relación a la adolescencia, se sostiene que esta etapa vital se caracteriza por el perfilamiento de una espiritualidad propia y por la experimentación de una notable evolución de la conciencia moral tendiente a la autonomía, lo cual contrasta con cierta indiferencia a cuestiones morales presente en etapas previas. Estos cambios implican un nuevo método de discusión y justificación de las normas morales que puede ocasionar el surgimiento de dudas escrupulosas, ya que este desarrollo no asegura todavía la certeza en el juicio moral. La capacidad argumentativa propia del estadio de las operaciones formales y el idealismo adolescente contribuyen también a la escrupulosidad de desarrollo (Barreiro, 2012; Ciarrocchi, 1995).

Desde una perspectiva psicodinámica, la pubertad ha sido también señalada como la etapa de inicio típico de la escrupulosidad, lo cual se explica a partir de la emergencia virulenta de los impulsos sexuales y agresivos de los cuales los sujetos buscan defenderse. Entre los varones judíos, por ejemplo, el inicio de esta problemática coincide con la celebración del *bar mitzva* a la edad de 13 años -el cual implica la asunción responsable de las propias acciones en un particular contexto de desarrollo psicosexual (Greenberg, Witztum, & Pisante, 1987).

Por su parte, en población católica, la sensación de incontrolabilidad de los impulsos sexuales propia de la pubertad convierte a esta etapa en un caldo de cultivo para la aparición de confesiones compulsivas, las que pueden ser interpretadas como intentos fallidos y patológicos de restablecer el control (Cobb, 2014).

Asimismo, se ha señalado que sobre esta vulnerabilidad ligada a la etapa vital actuarían factores precipitantes como el contacto sorpresivo con estímulos de tipo sexual, tiempos litúrgicos o eventos religiosos significativos (ej. Cuaresma, *bar mitzva*) y eventos traumáticos (separación de los padres, accidentes) (Weisner & Riffel, 1960).

En relación al contexto personal de la conversión/revinculación con la religión, se ha observado que con frecuencia aquellos sujetos que previamente llevaron estilos de vida autoindulgentes desarrollan escrúpulos severos al atravesar dichos cambios (Ciarrocchi, 1995). Al respecto, suele citarse el caso de San Ignacio de Loyola -fundador de los jesuitas- quien tras su conversión sufrió un período de intensos escrúpulos. Etapas de profunda reflexión acerca del sentido de la existencia pueden también dar lugar a la escrupulosidad de desarrollo, como sucedió con Martín Lutero en el período previo a la propulsión de la Reforma Protestante. Nuestra investigación en curso sobre la escrupulosidad parece confirmar -al menos preliminarmente- el impacto de la conversión reciente sobre el desarrollo de este padecimiento.

El segundo tipo de escrupulosidad descrito por Ciarrocchi (1995) -el de influencia ambiental- se caracteriza por ser transmitida a través de enseñanzas religiosas o familiares. Se ha observado que muchos sujetos escrupulosos fueron criados con imágenes de un Dios severo, iracundo y vengativo, las cuales a su vez interactúan con pautas de apego ansioso desarrolladas con sus cuidadores.

La aplicación de la teoría del apego (Bowlby, 2009) al ámbito del desarrollo del vínculo religioso es un interesante campo de estudio que se ha mostrado fecundo. Así, algunos estudios señalan que los niños criados en un contexto punitivo tienden a atribuir rasgos más castigadores y poderosos a Dios. Como puede verse, los patrones interpersonales construidos de manera temprana, se cristalizan en modelos internalizados activos que tienden a teñir los diversos vínculos del sujeto, incluyendo el vínculo con entidades sobrenaturales (Birgegard & Granqvist, 2004; Granqvist, Mikulincer, & Shaver, 2010; Richert & Granqvist, 2013). De este modo, una investigación halló una correlación positiva entre un concepto negativo de Dios y la severidad del trastorno en sujetos con escrupulosidad. Entre otros, los rasgos negativos atribuidos a Dios incluían temibilidad, iracundia y tendencia al castigo (Siev, Baer, & Minichiello, 2011).

Ciarrocchi (1995) señala tres posibles derroteros para los sujetos con escrupulosidad de influencia ambiental: algunos aceptan de manera acrítica las prescripciones del entorno religioso tóxico y se adaptan a él del mejor modo posible, otros desarrollan actitudes nuevas y más flexibles con respecto a las figuras de autoridad, mientras que otros deciden abandonar dicho entorno por otros más favorables y que aportan otras imágenes sobre Dios.

La escrupulosidad clínica es el tercer tipo de escrupulosidad postulada, la cual supone el TOC o el TOCP como factores predisponentes. A diferencia de las anteriores, esta forma no remite con el paso del tiempo o con el cambio de ambiente religioso y requiere, por tanto, de intervenciones pastorales y terapéuticas específicas que tiendan un puente entre el mundo pastoral y el de la salud mental (Ciarrocchi, 1995).



La distinción de estos tres tipos de escrupulosidad ilustra el complejo y multifacético rol cumplido por la religión: en el tipo evolutivo la religión contribuye a generar un sentido de contraste con etapas y estilos de vida previos; en el de influencia ambiental la religión cumple su rol mediante la enseñanza directa de reglas morales y, por último, en el tipo clínico, la religión aporta el marco cultural en el que se expresan los síntomas obsesivo compulsivos, sin implicaciones de causalidad (Ciarrocchi, 1995).

### **Sugerencias pastorales para el abordaje de la escrupulosidad**

La literatura especializada indica que un porcentaje importante de las personas escrupulosas recurre en primera instancia a la consulta de agentes de pastoral, mientras que otro grupo se limita a ella sin acceder jamás a la consulta profesional (Abramowitz, Huppert, Cohen, Tolin, & Cahill, 2002; Greenberg & Shefler, 2002; Hepworth, Simonds, & Marsh, 2010).

Los agentes de pastoral juegan entonces un papel estratégico en la definición de la trayectoria del trastorno de quienes los consultan. Así, se señala que su intervención puede redundar en un alivio del malestar a través de prácticas religiosas diversas, alentar la consulta al profesional de la salud mental y acompañarlos pastoralmente de un modo que resulte consistente con el tratamiento clínico. Pero también la acción pastoral puede operar significando el trastorno como muestra valiosa de celo religioso, como un mero padecimiento propio de la vida espiritual o el resultado de fuerzas demoníacas operantes, a la vez que desalentar y/o deslegitimar el tratamiento clínico y funcionar como un factor de mantenimiento y/o agravamiento del cuadro (Abramowitz & Hellberg, 2020; Abramowitz & Jacoby, 2014; Deacon, Vincent, & Zhang, 2013; Witzig & Pollard, 2013).

La intervención pastoral, vemos, encierra un enorme potencial como factor protector, pero también como factor de riesgo. Consideramos por tanto fundamental compartir algunas recomendaciones que contribuirían a largo plazo al bienestar del fiel y se alinearían de manera consistente con lo que desde los tratamientos basados en la evidencia se postula como eficaz.

De manera esquemática, acercamos las siguientes sugerencias para el trabajo pastoral con personas escrupulosas. A saber:

\*Evitar un discurso pastoral voluntarista o que ponga un fuerte énfasis en la ascesis;

\*Evitar el legalismo religioso, haciendo hincapié por el contrario en “el espíritu de la Ley”;

\*Fomentar la práctica religiosa, haciendo caso omiso de la duda obsesiva acerca de la correcta disposición interior para ella;

\*Desalentar la oración compulsiva y motivar la oración como espacio de encuentro personal con la divinidad;

\*Concientizar al fiel del impacto de la escrupulosidad sobre las dimensiones personales e interpersonales de su vida (trabajo, familia, amigos, ocio, etc.), e incluso sobre la misma dimensión religiosa;



\*Normalizar la experiencia de la intrusión del pensamiento y quitarle toda carga de pecaminosidad;

\*Evitar atender confesiones compulsivas y brindar reaseguro constante, los cuales solo funcionan a corto plazo y se erigen en un factor de mantenimiento del trastorno;

\*Recomendar la consulta al profesional de la salud y elaborar un dispositivo de trabajo en conjunto;

\*Realizar dicha recomendación solo a profesionales respetuosos de la dimensión religiosa del fiel, lo cual no implica necesariamente que el profesional comparta con el paciente su vida de fe.

## **Conclusiones**

A lo largo de este artículo hemos intentado presentar los aspectos clínicos más salientes de un padecimiento hartamente conocido por los agentes de pastoral, pero en menor medida reconocido por los profesionales de la salud mental.

Las características mismas de la escurpulosidad la convierten en un trastorno en el que el diálogo entre el mundo pastoral y el mundo *psi* se vuelve imperioso y para el cual se vuelve necesario superar las tensiones y los celos mutuos históricamente prevalentes. El carácter multidimensional de la persona humana -el cual no puede limitarse a la consideración unilateral y reduccionista de aspectos biológicos, psicológicos o espirituales- así lo exige.

El reconocimiento de los límites de la intervención pastoral en casos tan complejos como el de la escurpulosidad debería funcionar como un motor que promueva la recomendación de consulta al profesional de la salud.

Del mismo modo, el reconocimiento respetuoso de la dimensión espiritual del paciente debería mover al profesional de la salud a intentar un trabajo colaborativo con el agente pastoral de referencia para el paciente. El bienestar de una persona sufriende es lo que está en juego.



## Referencias

- Abramowitz, J. S., & Hellberg, S. N. (2020). Scrupulosity. In E. A. Storch, D. McKay, & J. S. Abramowitz, *Advanced Casebook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Conceptualizations and treatment* (pp. 71-87). Academic Press.
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014a). Obsessive-Compulsive Disorder in DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21* (3), 221-235.
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014b). Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*, 140-149.
- Abramowitz, J. S., Huppert, J. D., Cohen, A. B., Tolin, D. F., & Cahill, S. P. (2002). Religious obsessions and compulsions in a no-clinical sample: the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behaviour Research and Therapy, 40*, 825-838.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Washington DC: APA.
- Barreiro, A. (2012). El desarrollo del juicio moral. In M. Carretero, & J. A. Castorina, *Desarrollo cognitivo y educación II. Procesos del conocimiento y contenidos específicos* (pp. 199-220). Quilmes: Paidós.
- Birgegard, A., & Granqvist, P. (2004). The correspondence between attachment to parents and God: three experiments using subliminal separation cues. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 1122-1135.
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego.* Buenos Aires: Paidós.
- Bucholz, J. L., Abramowitz, J. S., Riemann, B. C., Reuman, L., Blakey, S. M., Leonard, R. C., & Thompson, K. A. (2019). Scrupulosity, religious affiliation and symptom presentation in obsessive compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 47*, 478-492.
- Chappa, H. J. (2011). *Tratamiento integrativo del Trastorno Obsesivo Compulsivo. Manual Práctico.* Buenos Aires: Akadia.
- Ciarrocchi, J. W. (1995). *The doubting disease: help for scrupulosity and religious compulsions.* Mahwah, United States: Paulist Press International.
- Cobb, K. F. (2014). Understanding scrupulosity: psychopathological and catholic perspectives. Iowa, USA.
- Cohen, A. B. (2009). Religion, likelihood of action, and the morality of mentality. *International Journal for the Psychology of Religion, 13:4*, 273-285.
- Deacon, B. J., Vincent, A. M., & Zhang, A. R. (2013). Lutheran clergy members' responses to scrupulosity: the effects of moral thought-action fusion and liberal vs. conservative denomination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*, 71-77.

- Deacon, B., & Nelson, E. A. (2008). On the nature and treatment of scrupulosity. *Pragmatic case study in psychotherapy*, 4, 39-53.
- Fallon, B. A., Liebowitz, M. R., Hollander, E., Schneier, F. R., Campeas, R. B., Fairbanks, J., . . . Sandberg, D. (1990). The pharmacotherapy of moral or religious scrupulosity. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (12), 517-521.
- García-Soriano, G., Carrió, C., & Belloch, A. (2016). Psicopatología de las compulsiones de lavado en el trastorno obsesivo-compulsivo: no todos los pacientes lavan por los mismos motivos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 21, núm. 3, 219-230.
- Granqvist, P., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). Religion as attachment: normative processes and individual differences. *Personality and Social Psychology Review*, 14 (1), 49-59.
- Greenberg, D., & Huppert, J. D. (2010). Scrupulosity: an unique subtype of obsessive-compulsive disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12, 282-289.
- Greenberg, D., & Shefler, G. (2002). Obsessive compulsive disorder in ultra-orthodox Jewish patients: a comparison of religious and non-religious symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 123-130.
- Greenberg, D., & Witztum, E. (1991). Problems in the treatment of religious patients. *American Journal of Psychotherapy*, XLV, n° 4, 554-565.
- Greenberg, D., Witztum, E., & Pisante, J. (1987). Scrupulosity: religious attitudes and clinical presentations. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 29-37.
- Hathaway, W. L. (2003). Clinically significant religious impairment. *Mental health, religion & culture*, 6:2, 113-129.
- Hepworth, M., Simonds, L. M., & Marsh, R. (2010). Catholic priests' conceptualisations of scrupulosity: a grounded theory analysis. *Mental health, religion and culture*, 1, 1-16.
- Huppert, J. D., & Siev, J. (2010). Treating scrupulosity in religious individuals using cognitive-behavioral therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 382-392.
- Krzanowska, E., & Kuleta, M. (2017). From anxiety to compulsivity -a review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 7-15.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 228-238.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., . . . Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms vs. mechanisms. *Clinical Psychology Review* 24, 283-313.
- Miller, C. H., & Hedges, D. W. (2008). Scrupulosity disorder: an overview and introductory analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1042-1058.
- Moliner, M. (1994). *Diccionario de uso del español, tomo I*. Madrid: Gredos.



- Nelson, E. A., Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2006). Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to clinical and cognitive phenomena. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 1071-1086.
- Okasha, A. (2004). OCD in egyptian adolescents: the effect of culture and religion. *Psychiatric Times, vol. 21, n°5*, 1-5.
- Okasha, A., Saad, A., Khalil, A. H., Seif El Dawla, A., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Comprehensive Psychiatry, 35, 3*, 191-197.
- Park, C. L., & Slattery, J. M. (2013). Religion, spirituality and mental health. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press.
- Pérez Rivera, R., & Borda, T. (2013). Espectro del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, un enfoque dimensional del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría, núm 1, vol. 12*, 31-37.
- Pérez Rivera, R., & Borda, T. (2017). *Trastorno obsesivo compulsivo*. Buenos Aires: Akadia.
- Rassin, E., & Koster, E. (2003). The correlation between action-fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 361-368.
- Richert, R. A., & Granqvist, P. (2013). Religious and spritual development in childhood. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press.
- Santa, T. M. (2017). *Understanding scrupulosity. Questions and encouragement*. USA: Liguori.
- Siev, J., & Cohen, A. B. (2007). Is thought-action fusion related to religiosity? Differences between christians and jews. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 829-837.
- Siev, J., Baer, L., & Minichiello, W. E. (2011). Obsessive-compulsive disorder with predominantly scrupulous symptoms: clinical and religious characteristics. *Journal of clinical psychology, vol. 67 (12)*, 1188-1196.
- Siev, J., Steketee, G., Fama, J. M., & Wilhelm, S. (2011). Cognitive and clinical characteristics of sexual and religious obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an internationa quarterly, vol. 5, num 3*, 167-176.
- Tek, C., & Ulug, B. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 104*, 99-108.
- Weisner, W. M., & Riffel, P. A. (1960, mayo 9-13). Scrupulosity: religion and obsessive compulsive behavior in children. Atlantic City, N.J., EEUU.
- Witzig, T. F., & Pollard, C. A. (2013). Obsessional beliefs, religious beliefs, and scrupulosity among fundamental protestant christians. *Journal of Obsessive-Compulsive and related disorders 2*, 331-337.