

# Restricción alimentaria en la enfermedad celíaca: diagnóstico diferencial entre trastornos de la conducta alimentaria y alimentación desordenada

C V Noejovich<sup>1,2</sup>  · N Bholá<sup>3</sup> · J J Blom<sup>2,3</sup>  · M P Temprano<sup>4</sup>  · D Armstrong<sup>1,2,3</sup>  · M I Pinto-Sánchez<sup>1,2,3</sup> 

<sup>1</sup>McMaster University, Hamilton, ON, L8S 4K1, Canadá.

<sup>2</sup>Farncombe Family Digestive Health Research Institute, Hamilton, ON, L8S 4K1, Canadá.

<sup>3</sup>Hamilton Health Sciences, Hamilton, ON, L8S 4K1, Canadá.

<sup>4</sup>Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

*Acta Gastroenterol Latinoam* 2026;56(2):135-153

Recibido: 21/05/2026 / Aceptado: 19/06/2026 / Publicado online: 30/06/2026 / <https://doi.org/10.52787/agl.v56i2.653>

## Resumen

La enfermedad celíaca requiere una adherencia estricta a la dieta libre de gluten, lo que puede afectar significativamente las conductas alimentarias y aumentar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y alimentación desordenada. Si bien resulta clínicamente desafiante, diferenciar estas entidades es fundamental en el contexto de una restricción dietética prescrita. En esta revisión de la literatura, identificamos un mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, especialmente de anorexia nerviosa, en personas con enfermedad celíaca, así como conductas de alimentación desordenada, incluyendo restricción excesiva, ansiedad relacionada con los alimentos y evitación social, todas asociadas con una menor calidad de vida. Sin embargo, las herramientas de

evaluación actuales no distinguen adecuadamente entre conductas alimentarias patológicas y la adherencia adecuada a una dieta terapéutica prescrita. Aunque se recomienda un abordaje multidisciplinario que incluya apoyo nutricional y de salud mental, aún faltan estrategias terapéuticas específicas basadas en evidencia para la enfermedad. En conjunto, la patología alimentaria en la enfermedad celíaca es frecuente y clínicamente relevante, lo que resalta la necesidad de mejorar su detección y desarrollar herramientas diagnósticas más apropiadas tanto para la práctica clínica como para la investigación.

**Palabras claves.** Enfermedad celíaca, trastornos de la conducta alimentaria, alimentación desordenada, dieta libre de gluten, anorexia nerviosa, trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria.

## Dietary Restrictions in Celiac Disease: Differential Diagnosis Between Eating Disorders and Disordered Eating

### Summary

Celiac disease requires strict adherence to a gluten-free diet, which can significantly affect eating behaviors and increase

**Correspondencia:** María Inés Pinto-Sánchez  
Correo electrónico: [pintosm@mcmaster.ca](mailto:pintosm@mcmaster.ca)

*the risk of eating disorders and disordered eating. Although clinically challenging, distinguishing between these conditions is essential in the context of prescribed dietary restrictions. In this literature review, we identified an increased risk of eating disorders, particularly anorexia nervosa, in individuals with celiac disease, as well as disordered eating behaviors, including excessive restriction, food-related anxiety, and social avoidance, all of which are associated with reduced quality of life. However, current assessment tools do not adequately distinguish between pathological eating behaviors and appropriate adherence to a prescribed therapeutic diet. Although a multidisciplinary approach that includes nutritional and mental health support is recommended, evidence-based therapeutic strategies specific to the condition are still lacking. Overall, eating disorders in celiac disease are common and clinically relevant, highlighting the need to improve their detection and develop more appropriate diagnostic tools for both clinical practice and research.*

**Keywords.** Celiac disease, eating disorders, disordered eating, gluten-free diet, anorexia nervosa, avoidant/restrictive food intake disorder.

## Introducción

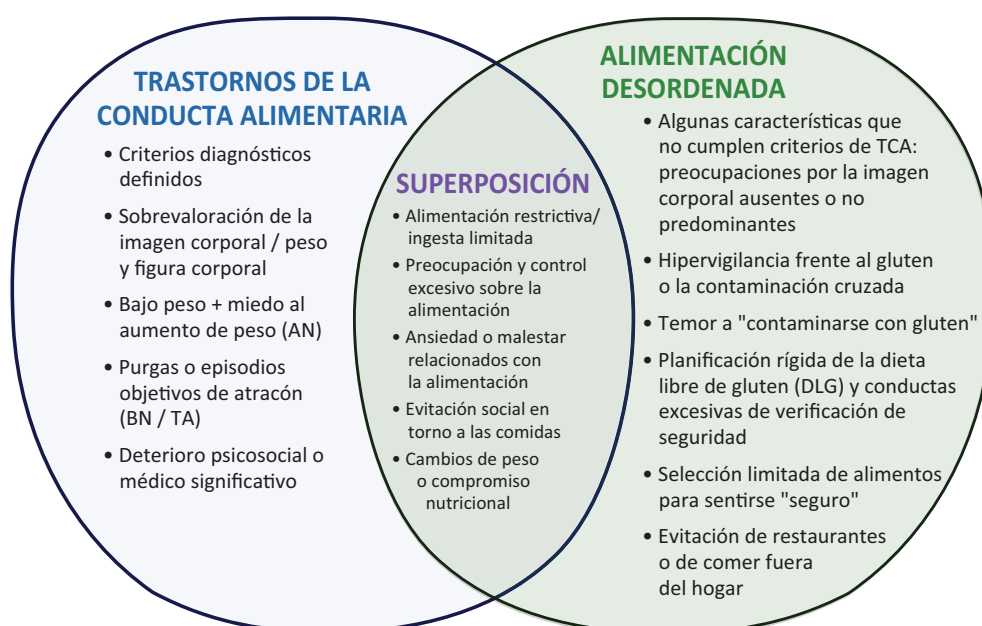
La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad crónica inmunomediada desencadenada por el gluten -princi-

pal complejo proteico presente en el trigo, la cebada y el centeno- que se desarrolla en individuos genéticamente susceptibles.<sup>1</sup> Constituye uno de los trastornos digestivos más frecuentes a nivel mundial y afecta aproximadamente al 1% de la población global.<sup>2</sup>

El tratamiento de la EC requiere una adherencia estricta y permanente a una dieta libre de gluten (DLG), ya que incluso exposiciones mínimas al gluten pueden desencadenar una respuesta inmunológica.<sup>3</sup> Esta restricción dietética representa una carga sostenida para los pacientes; la relación con los alimentos, las conductas alimentarias y la ansiedad relacionada con la alimentación constituyen factores relevantes para la adherencia terapéutica y la evolución clínica a largo plazo.<sup>3</sup> La vigilancia constante necesaria para mantener el cumplimiento de la DLG puede contribuir al desarrollo de alteraciones en la conducta alimentaria, incluyendo la alimentación desordenada (AD).<sup>4</sup> Este fenómeno debe diferenciarse de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entidades psiquiátricas clínicamente definidas que, por lo general, preceden al diagnóstico de EC o se originan a partir de factores psicológicos, sociales o ambientales independientes de esta enfermedad (Figura 1).

Los TCA son trastornos psiquiátricos caracterizados por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y los pensamientos asociados, con repercusiones médicas significativas y deterioro psicosocial. Las principales

**Figura 1.** Similitudes y diferencias entre los trastornos de la conducta alimentaria y la alimentación desordenada



AN: Anorexia nervosa; BN: Bulimia nerviosa; TA: Trastorno por atracón; DLG: Dieta libre de gluten; EC: Enfermedad celíaca.

categorías diagnósticas incluyen anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA) y trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (AR-FID).<sup>5</sup> En contraste, la AD comprende un espectro de actitudes y conductas alimentarias desadaptativas, como restricción dietética rígida, ayuno, omisión de comidas o alimentación compulsiva. Aunque estas conductas no cumplen criterios diagnósticos completos para un TCA, pueden asociarse con malestar psicológico, compromiso nutricional y un manejo médico subóptimo.<sup>6,7</sup> Esta distinción resulta particularmente relevante en enfermedades

gastrointestinales como la EC, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), el síndrome de intestino irritable (SII) y las alergias o intolerancias alimentarias, en las que las restricciones dietéticas médicamente indicadas pueden evolucionar hacia patrones alimentarios excesivamente restrictivos o conductas alimentarias desadaptativas.<sup>6,7</sup>

Esta revisión resume la evidencia actual sobre TCA y AD en personas con EC (Tablas 1 y 2), con el objetivo de orientar recomendaciones clínicas e identificar vacíos críticos de conocimiento para futuras investigaciones.

**Tabla 1.** Estudios sobre trastornos de la conducta alimentaria en la enfermedad celíaca

Autor, Año	País	Diseño del estudio	Población	Objetivo	Evaluación / Exposición	Resultado
Mårild, 2017 <sup>24</sup>	Suecia	Estudio nacional de cohorte /casos y controles	17.959 mujeres con EC confirmada por biopsia; 89.379 controles pareados	Asociación entre EC y AN	Seguimiento en registros para AN antes/después del diagnóstico de EC	Mayor riesgo de AN tras el diagnóstico de EC (HR 1,46); la AN previa también se asoció con desarrollo posterior de EC (OR 2,18), apoyando una asociación bidireccional
Hedman, 2019 <sup>25</sup>	Suecia	Cohorte poblacional nacional	> 2,5 millones de individuos	Asociaciones bidireccionales entre TCA y enfermedades autoinmunes	Seguimiento en registros de incidencia de TCA y enfermedades autoinmunes	La AN en mujeres se asoció con un aumento del 83% en el riesgo de EC posterior; la EC previa incrementó el riesgo subsecuente de AN en un 50%; también se observaron asociaciones con otras categorías de TCA
Butwicka, 2017 <sup>20</sup>	Suecia	Estudio nacional de cohorte pareada	10.903 niños con EC; 12.710 hermanos	Riesgo psiquiátrico en niños con EC	Análisis de registros de desenlaces psiquiátricos	Los niños con EC presentaron mayor riesgo psiquiátrico, incluyendo TCA (HR 1,4)
Lebwohl, 2021 <sup>21</sup>	Suecia	Estudio nacional de cohorte pareada	19.186 niños con EC; 94.249 controles	Desenlaces psiquiátricos a largo plazo tras EC en la infancia	Seguimiento psiquiátrico basado en registros	La EC en la infancia se asoció con mayor riesgo psiquiátrico persistente hasta la adultez; el riesgo de TCA fue mayor (HR 1,34)
Alkhayyat, 2021 <sup>22</sup>	Estados Unidos	Estudio retrospectivo basado en historia clínica electrónica	112.340 pacientes con EC	Comorbilidad psiquiátrica en EC	Análisis diagnóstico de base de datos de historia clínica electrónica	Mayores probabilidades de trastornos psiquiátricos, incluyendo TCA (OR 15,84)
Subramanian, 2024 <sup>23</sup>	Canadá	Cohorte administrativa pareada	83.920 pacientes con enfermedad gastrointestinal inmunomediada (EC n = 14.718); 167.776 controles	Riesgo incidente de TCA en enfermedad gastrointestinal inmunomediada	Análisis administrativo de incidencia de TCA	La enfermedad gastrointestinal inmunomediada se asoció con mayor riesgo de TCA (HR ajustado 1,98); la asociación con EC fue significativa principalmente en poblaciones jóvenes
Hansen, 2023 <sup>19</sup>	Dinamarca	Estudio nacional de cohorte	6.329 pacientes con diagnóstico incidente de EC; 63.287 controles pareados	Desenlaces neuropsiquiátricos tras diagnóstico de EC	Seguimiento en registros	La EC se asoció con mayor riesgo de ansiedad, depresión, TCA, epilepsia, migraña y trastornos relacionados con estrés
Passananti, 2013 <sup>26</sup>	Italia	Estudio de casos y controles	100 adultos con EC recién diagnosticada; 100 controles	Síntomas de TCA en adultos con EC no tratada	Evaluación psicológica (EAT-26, EDI-2, BES, escalas de ánimo/ansiedad)	Mayor carga de síntomas de TCA en EC no tratada, particularmente en mujeres

Continuación **Tabla 1.** Estudios en trastornos de la conducta alimentaria en enfermedad celíaca

Autor, Año	País	Diseño del estudio	Población	Objetivo	Evaluación / Exposición	Resultado
Karwautz, 2008 <sup>27</sup>	Austria	Estudio transversal	283 adolescentes con EC	Patología alimentaria en adolescentes con EC	EDI-2, EDE-Q, IMC, entrevista clínica	Mayores tasas de patología alimentaria, particularmente BN, con peor adherencia a la dieta libre de gluten
Wagner, 2015 <sup>28</sup>	Austria	Estudio multicéntrico de casos y controles	259 adolescentes mujeres con EC	Correlatos de TCA en adolescentes con EC	Evaluación psicológica de TCA, estado de ánimo, afrontamiento y calidad de vida	Los TCA se asociaron con mayor IMC, peor adherencia dietética, más síntomas depresivos y menor calidad de vida
Babio, 2018 <sup>29</sup>	España	Estudio piloto transversal de casos y controles	98 pacientes con EC; 98 controles	Riesgo de TCA en EC vs controles	Cuestionarios de cribado para TCA	Puntuaciones modestamente más altas de síntomas de TCA en EC, sin diferencias claras en riesgo clínicamente significativo
Bennett, 2022 <sup>31</sup>	Estados Unidos	Estudio retrospectivo en clínica especializada	137 adultos con EC	ARFID sospechado en EC	Cribado para ARFID con correlación clínica	El 57% cumplió criterios de sospecha de ARFID; la carga alimentaria/social predijo ARFID, sin diferencias en control de enfermedad ni adherencia a la DLG
Rabiee, 2024 <sup>32</sup>	Irán	Estudio transversal basado en registro	217 adultos con EC	Síntomas de TCA, imagen corporal y adherencia a la DLG	EAT-26, escalas de imagen corporal, CDAT	Riesgo de síntomas de TCA del 43,5%; peor adherencia a la DLG se asoció con puntuaciones más altas de síntomas de TCA
Nisihara, 2024 <sup>30</sup>	Brasil	Estudio comparativo transversal	484 adultos con EC; 257 controles	Riesgo de TCA en adultos con EC	Comparación de cribado con EAT-26	No se observaron diferencias significativas en positividad del cribado para TCA entre EC y controles
Nikniaz, 2021 <sup>30</sup>	Irán	Revisión sistemática / metaanálisis	23 estudios observacionales	Asociación bidireccional entre TCA y EC	Revisión sistemática / metaanálisis	Prevalencia combinada de TCA en EC de 8,9%; aumento del riesgo de AN en EC (RR 1,48) y aumento del riesgo de EC en AN (RR 2,35)

**Tabla 2.** Estudios sobre alimentación desordenada en la enfermedad celíaca

Autor, Año	País	Diseño del estudio	Población	Objetivo	Evaluación / Exposición	Resultado
Satherley, 2017 <sup>45</sup>	Reino Unido	Estudio cualitativo	21 adultos con EC	Experiencias de alimentación desordenada en EC	Entrevistas, cuestionarios	Los trastornos alimentarios se relacionaron con preocupaciones sobre la imagen corporal, patrones de atracones y restricción alimentaria, y la restricción alimentaria motivada por el miedo a la contaminación cruzada
Simons, 2024 <sup>46</sup>	Estados Unidos	Estudio observacional transversal	289 adultos con trastornos gastrointestinales (incluida la EC)	Calidad de vida relacionada con la alimentación en los trastornos gastrointestinales	FRQoL-29	La calidad de vida relacionada con la alimentación estaba disminuida; la hipervigilancia en torno a la comida fue un factor determinante
Wolf, 2018 <sup>53</sup>	Estados Unidos	Estudio transversal prospectivo	80 adolescentes y adultos con EC confirmada por biopsia	Vigilancia alimentaria y calidad de vida	Evaluación de la calidad de vida específica para EC, entrevista dietética.	La vigilancia alimentaria extrema se asoció con una menor calidad de vida y mayor carga relacionada con la alimentación, especialmente al comer fuera de la casa
Gholmie, 2023 <sup>51</sup>	Estados Unidos	Estudio transversal	50 adultos con EC confirmada por biopsia	Actitudes inadecuadas hacia la alimentación en la EC	CD-FAB	Las puntuaciones más altas en los comportamientos alimentarios desadaptativos se asociaron con: un diagnóstico reciente, la carga de síntomas gastrointestinales, neuroticismo y peor calidad de vida

Continuación **Tabla 2.** Estudios sobre alimentación desordenada en la enfermedad celíaca

Autor, Año	País	Diseño del estudio	Población	Objetivo	Evaluación / Exposición	Resultado
Lebovits, 2022 <sup>48</sup>	Estados Unidos	Estudio transversal	538 adultos con EC confirmada por biopsia	Impacto de los hábitos alimentarios en la EC en los vínculos sociales y sentimentales	Cuestionarios conductuales y psicosociales específicos para EC	La EC afectó considerablemente la alimentación en comidas relacionadas con vínculos sentimentales o sociales; algunos participantes informaron conductas alimentarias de riesgo o exposición intencionada al gluten
Leffler, 2007 <sup>50</sup>	Estados Unidos	Estudio observacional transversal	154 adultos con EC confirmada por biopsia	Predictores de adherencia a la dieta libre de gluten	Cuestionario, evaluación del nutricionista	Se asoció una mejor adherencia con el mayor conocimiento sobre la alimentación, más apoyo y mayor confianza al afrontar situaciones sociales o estresantes
Zysk, 2019 <sup>49</sup>	Polonia	Estudio transversal comparativo	225 adultos (101 con EC; 124 sin EC siguiendo una dieta libre de gluten)	Neofobia alimentaria en la EC	Escala de neofobia alimentaria	La neofobia alimentaria fue significativamente mayor en las personas con EC que en las que no padecían EC tras seguir una dieta sin gluten
Cadenhead, 2019 <sup>52</sup>	Estados Unidos	Estudio transversal con métodos mixtos	30 adolescentes con EC	Comportamientos de los adolescentes en el manejo de la dieta sin gluten	CDAT, QoL survey	Más de la mitad mostró estrategias inadecuadas para seguir la dieta sin gluten
Lee, 2024 <sup>63</sup>	Estados Unidos	Estudio transversal	50 adultos con EC sin diagnóstico de trastornos de la alimentación	Comportamientos de evitación alimentaria en la EC sin trastornos de la alimentación	CDAT, CD-QOL, CES-D, STAI, EPSI, CD-FAB	La evitación de alimentos y los comportamientos alimentarios inadecuados estaban presentes incluso en personas sin un diagnóstico formal de trastorno alimentario

### **Trastornos de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos psiquiátricos graves caracterizados por alteraciones persistentes en la conducta alimentaria y en los pensamientos o emociones asociados, que ocasionan deterioro significativo de la salud física y psicosocial.<sup>8,9</sup> La prevalencia estimada a lo largo de la vida es de aproximadamente 1 cada 7 hombres y 1 cada 5 mujeres antes de los 40 años; el 95% de los casos incidentes se presentan antes de los 25 años.<sup>10</sup>

Esta revisión se centra en la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TA) y el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID), ya que son los diagnósticos más frecuentemente abordados en la investigación y en la práctica clínica relacionadas con la EC (Tabla 3).

**La anorexia nerviosa (AN)** se caracteriza por una restricción persistente de la ingesta energética que conduce a un peso corporal significativamente bajo, miedo intenso al aumento de peso y alteraciones en la percepción de la imagen corporal, frecuentemente acompañadas de escasa conciencia de la gravedad de la enfermedad y de conductas que interfieren con la recuperación

ponderal.<sup>8</sup> La AN comprende dos subtipos: el subtipo restrictivo y el subtipo con atracones/purgas, este último caracterizado por episodios recurrentes de atracones y/o conductas purgativas además de una restricción alimentaria severa.<sup>8</sup> Las complicaciones son multisistémicas, con frecuente compromiso gastrointestinal.<sup>11</sup> Se acompañan de alteraciones cognitivas y emocionales significativas, elevada morbilidad médica y comorbilidad psiquiátrica.<sup>8</sup> Estimaciones globales recientes sitúan la prevalencia puntual de AN en aproximadamente 43,9 casos por 100.000 personas (0,04%) en la población general.<sup>8</sup> El inicio suele ocurrir en la adolescencia temprana o media, es más frecuente en mujeres y, en general, presenta un pronóstico más favorable en adolescentes que en adultos.<sup>12</sup> Cabe destacar que la AN se asocia con una de las tasas de mortalidad más elevadas entre los trastornos psiquiátricos.<sup>13</sup>

**La bulimia nerviosa (BN)** se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, definidos por la ingesta de una cantidad objetivamente grande de alimentos acompañada de una sensación de pérdida de control, seguidos de conductas compensatorias inapropiadas destinadas a prevenir el aumento de peso, como vómitos autoinducidos, uso inde-

bido de laxantes, ayuno o ejercicio excesivo.<sup>8</sup> Para cumplir con los criterios diagnósticos, estas conductas deben presentarse al menos una vez por semana durante un período de tres meses, y la autoevaluación debe estar desproporcionadamente influenciada por el peso y la figura corporal.<sup>12</sup> Cuan-

do el individuo presenta un peso significativamente bajo, el diagnóstico se reclasifica como anorexia nerviosa, subtipo con atracones/purgas.<sup>13</sup> Estimaciones recientes sitúan la prevalencia global de BN en aproximadamente 156,85 casos por 100.000 personas (0,16%) en la población general.<sup>14</sup>

**Tabla 3.** Diagnósticos más frecuentes de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en enfermedad celíaca y síntomas principales<sup>75-76</sup>

Trastorno	Síntomas principales	Característica distintiva
Anorexia nerviosa (AN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción severa de la ingesta alimentaria o energética</li> <li>• Peso corporal significativamente bajo</li> <li>• Miedo intenso al aumento de peso</li> <li>• Alteración de la imagen corporal</li> <li>• Escasa conciencia de la gravedad del bajo peso</li> </ul>	Bajo peso asociado a miedo al aumento de peso y alteración de la imagen corporal
Bulimia nerviosa (BN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodios recurrentes de atracones</li> <li>• Sensación de pérdida de control durante los atracones</li> <li>• Conductas compensatorias como vómitos autoinducidos, uso de laxantes, ayuno o ejercicio excesivo</li> <li>• Preocupación excesiva por el peso o la figura corporal</li> </ul>	Atracones acompañados de conductas compensatorias regulares
Trastorno por atracón (TA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodios recurrentes de atracones</li> <li>• Pérdida de control</li> <li>• Comer rápidamente, sin hambre, en soledad o hasta una plenitud incómoda</li> <li>• Sentimientos posteriores de culpa, disgusto o malestar significativo</li> </ul>	Atracones sin conductas compensatorias regulares
Trastorno evitativo / restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción o evitación de la ingesta alimentaria</li> <li>• Bajo interés por comer</li> <li>• Aversión sensorial a los alimentos o temor a atragantarse, vomitar u otra consecuencia aversiva</li> <li>• Pérdida de peso, deficiencias nutricionales, dependencia de suplementos o deterioro psicosocial</li> </ul>	La restricción no está impulsada principalmente por preocupaciones relacionadas con el peso o la imagen corporal

**El trastorno por atracón (TA)** se caracteriza por episodios recurrentes de atracones en ausencia de conductas compensatorias, con una frecuencia de al menos una vez por semana durante un período mínimo de tres meses.<sup>8</sup> Estos episodios suelen incluir el consumo rápido de grandes cantidades de alimentos, ingesta en ausencia de hambre fisiológica, alimentación hasta alcanzar una sensación de plenitud incómoda y malestar emocional significativo, incluyendo sentimientos de vergüenza, culpa o ánimo depresivo.<sup>13</sup> El TA es aproximadamente dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y representa el trastorno de la conducta alimentaria más prevalente. Su prevalencia global estimada es de 1,9%, alcanzando 2,6% en estudios realizados en Estados Unidos, y representa

aproximadamente el 47% de todos los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria.<sup>15,16</sup>

**El trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID)** es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por evitación o restricción persistente de la ingesta alimentaria que conduce a una incapacidad para satisfacer los requerimientos nutricionales. Tiene consecuencias clínicamente significativas, que incluyen pérdida de peso, deficiencias nutricionales, dependencia de suplementos o terapias de soporte nutricional, y deterioro psicosocial, en ausencia de preocupación por el peso corporal o la imagen corporal.<sup>8</sup> El ARFID puede manifestarse como alimentación altamente selectiva, bajo apetito,

evitación alimentaria basada en características sensoriales o restricción impulsada por ansiedad o temor ante consecuencias aversivas, como atragantamiento o vómitos.<sup>13</sup> El ARFID difiere de la alimentación desordenada (AD), un término que describe conductas o actitudes alimentarias problemáticas, como la evitación alimentaria o la restricción dietética, que pueden ser transitorias o dependientes del contexto y que no necesariamente ocasionan deterioro nutricional, funcional o psicosocial clínicamente significativo.

Datos poblacionales de Estados Unidos indican que las personas con trastornos de la conducta alimentaria definidos según los criterios del DSM-5, incluidos AN, BN, TA y ARFID, presentan tasas más altas de comorbilidad psiquiátrica concurrente, en particular trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la personalidad. Entre estas comorbilidades, el trastorno depresivo mayor es el más frecuente, seguido por el trastorno por consumo de alcohol.<sup>17</sup>

La Tabla 3 resume los trastornos de la conducta alimentaria más frecuentes en la enfermedad celíaca.

### ***Trastornos de la conducta alimentaria en la enfermedad celíaca***

La asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la enfermedad celíaca (EC) muestra variabilidad entre los estudios disponibles. Un metaanálisis y revisión sistemática<sup>18</sup> reportaron una prevalencia combinada de TCA del 8,88% en personas con EC e identificaron una relación bidireccional entre ambas condiciones, siendo la asociación más fuerte y consistente la observada con la anorexia nerviosa (AN). Estudios poblacionales, tanto en cohortes adultas<sup>19</sup> como pediátricas,<sup>20</sup> también han demostrado un mayor riesgo de TCA en personas con EC. De manera similar, Lebowhl *et al.*<sup>21</sup> describieron un mayor riesgo de TCA tanto antes como después del diagnóstico de EC, lo que respalda una relación temporal compleja y bidireccional. Asimismo, grandes estudios basados en bases de datos administrativas de Estados Unidos y Ontario sugieren que las personas con EC presentan un riesgo leve a sustancialmente aumentado de diagnóstico de TCA en comparación con controles, con incrementos reportados de aproximadamente 1,5 a 2 veces, dependiendo de la población estudiada y del subtipo de TCA.<sup>22,23</sup>

Los estudios de cohortes poblacionales aportan evidencia más específica sobre la asociación bidireccional entre EC y AN. Un estudio nacional sueco mostró que las personas con EC confirmada por biopsia presentaban

un riesgo aproximadamente 1,4 a 1,5 veces mayor de desarrollar AN en comparación con la población general. A la inversa, las personas con diagnóstico previo de AN presentaban un riesgo aproximadamente 2 veces mayor de desarrollar EC posteriormente.<sup>24</sup> Estos hallazgos fueron replicados por Hedman *et al.*,<sup>25</sup> lo que refuerza la consistencia del vínculo epidemiológico entre EC y AN.

La presentación clínica de los TCA en la EC es altamente heterogénea. En adultos con EC no tratada, se han reportado puntuaciones más elevadas en síntomas relacionados con trastornos alimentarios, particularmente en mujeres, con puntuaciones en el *Eating Attitudes Test* (EAT-26) aproximadamente 1,5 a 2 veces superiores a las observadas en controles.<sup>26</sup> En adolescentes, se han descrito mayores tasas de bulimia nerviosa (BN) y un espectro más amplio de patología alimentaria (entre 10 y 15% en algunas cohortes), con EC precediendo al inicio del TCA en la mayoría de los casos.<sup>27</sup> En adolescentes con EC, la presencia de TCA comórbidos se asoció con un mayor índice de masa corporal (IMC), más síntomas depresivos y una peor calidad de vida en comparación con aquellos sin TCA.<sup>28</sup> La asociación con un IMC más elevado sugiere que la alteración alimentaria en esta población no se limita exclusivamente a fenotipos restrictivos con bajo peso.

No obstante, los hallazgos de los estudios de casos y controles han sido inconsistentes. Por ejemplo, Babio *et al.*<sup>29</sup> reportaron únicamente diferencias leves en las puntuaciones de cribado para TCA entre personas con EC y controles, mientras que Nisihara *et al.*<sup>30</sup> no encontraron diferencias significativas en el riesgo de TCA. Más recientemente, el ARFID ha emergido como un fenotipo clínicamente relevante en EC, con un estudio que reportó que más de la mitad de los adultos con EC cumplían criterios de sospecha de ARFID,<sup>31</sup> impulsados principalmente por la ansiedad relacionada con los alimentos y la carga social asociada a la alimentación.

La relación entre la alimentación desordenada (AD) y la adherencia a la dieta libre de gluten también parece compleja. Aunque podría esperarse que fenotipos restrictivos como la AN o el ARFID se asocien con una mayor rigidez dietética y con una mayor adherencia a la DLG, Rabiee *et al.*<sup>32</sup> encontraron que puntuaciones más elevadas de síntomas compatibles con TCA se asociaban de manera significativa con una menor adherencia a la DLG.

En conjunto, estos hallazgos sugieren una mayor carga de síntomas de TCA en subgrupos de personas con EC, aunque las estimaciones varían considerablemente según el diseño del estudio, la población evaluada y los métodos de medición empleados. La evidencia más consistente respalda una relación bidireccional entre EC y AN, mientras

que las asociaciones con otros subtipos de TCA siguen siendo menos robustas.

### **Diagnóstico y evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria en la enfermedad celíaca**

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe basarse en los criterios del DSM-5-TR, más que en los instrumentos de cribado.<sup>8</sup> Aunque los TCA pueden presentarse en personas de cualquier edad, género u origen étnico, los adolescentes y adultos jóvenes constituyen los grupos de mayor riesgo, y la AN suele manifestarse a edades más tempranas que la BN.<sup>33</sup>

Una evaluación integral debe incluir el análisis de los cambios ponderales a lo largo del tiempo, los patrones de restricción alimentaria o atracones, el uso de conductas compensatorias (Tabla 3) y las actitudes asociadas con la alimentación y la imagen corporal, junto con el cribado de comorbilidades psiquiátricas y médicas.<sup>8,9</sup> La evaluación también debe considerar la motivación del paciente para el tratamiento y la disponibilidad de apoyo psicosocial.<sup>12</sup> Herramientas breves de cribado, como el SCOFF (Tabla 4),<sup>34</sup> pueden ser útiles como primer paso; sin embargo, un resultado positivo requiere una evaluación diagnóstica confirmatoria por un profesional de salud mental, idealmente un psiquiatra.<sup>13,35</sup> La confirmación diagnóstica puede apoyarse en entrevistas estructuradas como el *Eating Disorder Examination* (EDE)<sup>36</sup> y el *Eating Disorder Assessment for DSM-5* (EDA-5).<sup>37</sup> Asimismo, instrumentos autoadministrados como el *Eating Disorder Inventory* (EDI-3)<sup>38</sup> pueden ser útiles para el seguimiento de síntomas y la evaluación longitudinal.<sup>39</sup> Dado el potencial de inestabilidad médica asociado a los TCA, que incluyen bradicardia, hipotensión, alteraciones electrolíticas, deshidratación o signos de malnutrición, el riesgo médico debe evaluarse de manera sistemática ante la sospecha de un TCA, con derivación a niveles de atención de mayor complejidad cuando esté clínicamente indicado.<sup>13,40</sup>

**Tabla 4.** Cuestionario SCOFF<sup>34</sup> para cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la práctica clínica

SCOFF <sup>33</sup>	Pregunta de cribado
S	¿Se provocan vómitos por sentirse incómodo/a?
C	¿Le preocupa haber perdido el control de la cantidad de comida que consume?
O	¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de 3 meses?
F	¿Se considera gordo/a cuando otras personas le dicen que está demasiado delgado/a?
F	¿Diría que la comida domina su vida?

### **Manejo clínico de los trastornos de la conducta alimentaria en enfermedad celíaca**

El manejo de los TCA en personas con EC requiere un enfoque dual, que integre el tratamiento médico estricto de la EC con intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia para los TCA. Esta superposición plantea desafíos clínicos relevantes, ya que la adherencia a la DLG puede, de forma inadvertida, reforzar patrones de alimentación restrictivos u obsesivos. En consecuencia, la atención debe brindarse mediante un equipo multidisciplinario integrado, con el objetivo de garantizar mensajes consistentes, minimizar temores innecesarios relacionados con los alimentos y diferenciar claramente entre las restricciones dietéticas médicamente indicadas y las conductas restrictivas patológicas impulsadas por el TCA. Al igual que en pacientes sin EC, el manejo eficaz de los TCA en personas con EC se basa en un enfoque multidisciplinario coordinado, con un tratamiento individualizado según el diagnóstico específico, la edad, el estado nutricional y el riesgo médico del paciente. La colaboración entre médicos, nutricionistas y profesionales de la salud mental es esencial, y el diagnóstico precoz, junto con una intervención oportuna basada en la evidencia, se asocia con mejores desenlaces clínicos.<sup>9,13,40</sup> En la AN, los objetivos terapéuticos principales incluyen la rehabilitación nutricional y la restauración ponderal, combinadas con psicoterapia específica para el trastorno; en adolescentes y adultos jóvenes con apoyo familiar o de cuidadores, el tratamiento basado en la familia constituye la estrategia de elección.<sup>9,12,40</sup> La terapia cognitivo-conductual (TCC) constituye el tratamiento de primera línea para BN, y puede considerarse la fluoxetina como tratamiento coadyuvante o alternativa terapéutica eficaz cuando esté clínicamente indicada.<sup>35,40</sup> En el TA, la terapia conductual (TC) y la psicoterapia interpersonal han demostrado una eficacia sólida, tanto en formato individual como grupal, y pueden considerarse los antidepresivos en casos seleccionados.<sup>41,42</sup> El manejo del ARFID se centra en restaurar una ingesta nutricional adecuada, corregir deficiencias nutricionales, ampliar la variedad dietética y abordar las conductas de evitación mediante intervenciones conductuales, terapias basadas en exposición, terapia cognitivo-conductual y tratamiento basado en la familia.<sup>41,42</sup> La evidencia para el tratamiento del ARFID sigue siendo más limitada que para otros TCA, y actualmente no existe un enfoque terapéutico universalmente consensuado. En términos generales, se recomienda un modelo de atención escalonado y coordinado, en el que la intensidad del tratamiento se ajuste al nivel de riesgo clínico, integrando de manera simultánea apoyo médico, nutricional y psicológico.<sup>35,40,42,43</sup>

### ***Alimentación desordenada en la enfermedad celíaca***

En la EC, la adherencia estricta a la DLG plantea desafíos particulares que pueden influir de manera significativa en las conductas alimentarias.<sup>4,44-46</sup> La necesidad de vigilancia constante, incluyendo la revisión minuciosa del etiquetado, la prevención de contaminación cruzada y la gestión de situaciones sociales relacionadas con la alimentación pueden favorecer una mayor monitorización de la ingesta y ansiedad relacionadas con los alimentos.<sup>4,47</sup> Aunque estas conductas son adaptativas y médicamente necesarias, en algunos individuos evolucionan hacia patrones desadaptativos que se asemejan a la AD, tales como restricción excesiva, rigidez conductual o evitación de comer fuera del hogar.<sup>46,48-51</sup> La evidencia emergente sugiere una interacción compleja entre la EC y las conductas de AD, con posibles implicancias sobre el bienestar psicológico y la calidad de vida. Se ha demostrado que las personas con EC presentan tasas más elevadas de neofobia alimentaria en comparación con individuos sin EC, definida como temor o evitación de alimentos nuevos o desconocidos, y de ortorexia nerviosa (ON), caracterizada por una preocupación patológica por consumir alimentos percibidos como saludables, puros o “limpios”. En esas situaciones se encuentran conductas dietéticas restrictivas, evitación alimentaria, malestar emocional cuando dichas conductas se transgreden y potencial deterioro nutricional o psicosocial.<sup>49</sup> En la EC, la distinción entre AN y ON puede ser desafiante, dado que la evitación médicamente apropiada del gluten puede asemejarse a conductas ortoréxicas; la preocupación clínica surge cuando la restricción alimentaria se vuelve excesiva, impulsada por ansiedad, nutricionalmente perjudicial o se extiende más allá de lo médicamente necesario. Satherley *et al.*<sup>45</sup> reportaron puntuaciones elevadas de síntomas compatibles con AD en poblaciones con EC, incluyendo tanto conductas restrictivas como episodios de alimentación compulsiva. De manera similar, Cadenhead *et al.*,<sup>52</sup> encontraron que más de la mitad de los adolescentes con EC presentaban patrones alimentarios desadaptativos, como rigidez, preocupación excesiva por los alimentos y evitación alimentaria, los cuales se asociaron con disminución de la calidad de vida.

La vigilancia dietética en sí misma parece contribuir a la carga de enfermedad. La vigilancia adaptativa en el mantenimiento de una DLG implica conductas proporcionales y flexibles que favorecen un manejo seguro de la enfermedad, mientras que la hipervigilancia se caracteriza por una monitorización excesiva impulsada por ansiedad, que conduce a restricciones innecesarias, deterioro social o disminución de la calidad de vida. Estudios en distin-

tas enfermedades gastrointestinales, incluida la EC, han demostrado que el control dietético estricto se asocia con mayor hipervigilancia relacionada con la alimentación y con un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con los alimentos.<sup>46-48</sup> En cohortes específicas de EC,<sup>51-53</sup> una mayor adherencia a la DLG se ha asociado con una mayor percepción de carga y menor calidad de vida, mientras que actitudes alimentarias desadaptativas evaluadas mediante herramientas como la escala *Celiac Disease Food Attitudes and Behaviors* (CD-FAB) se correlacionan con desenlaces menos favorables reportados por los pacientes.

Las implicancias sociales de la adherencia a la DLG agravan aún más esta carga. Lebovits *et al.*<sup>48</sup> reportaron que el 68,4% de las personas con EC percibían un impacto moderado a elevado del diagnóstico en su vida afectiva, incluyendo dudas respecto a la intimidad física e incomodidad al discutir necesidades dietéticas en contextos públicos, lo que contribuyó a episodios de no adherencia intencional. De forma similar, Leffler *et al.*<sup>50</sup> encontraron que la adherencia a la DLG afectaba negativamente el funcionamiento social, con un 44,2% de los participantes que evitaban comer fuera del hogar y un 21,4% que evitaban participar en eventos sociales. Estos factores pueden contribuir tanto a la no adherencia intencional como al desarrollo o al mantenimiento de conductas alimentarias desadaptativas.

En conjunto, la evidencia actual sugiere que, aunque la vigilancia dietética es esencial para el manejo de la EC, también puede predisponer a un subgrupo de individuos al desarrollo de conductas de AD, con implicancias relevantes para el bienestar psicológico y la calidad de vida. La Tabla 3 resume los estudios sobre las conductas de alimentación desordenada en la enfermedad celíaca.

### ***Diagnóstico y evaluación de la alimentación desordenada en la enfermedad celíaca***

La evaluación de la AD en la EC requiere una cuidadosa diferenciación entre la adherencia adaptativa a la DLG y las conductas alimentarias restrictivas desadaptativas que exceden la necesidad médica. Dado que la AD es un concepto que engloba actitudes o conductas alimentarias problemáticas que pueden ser subclínicas o dependientes del contexto, la evaluación debe incluir el análisis de la rigidez dietética, el temor a la exposición al gluten, la ansiedad relacionada con los alimentos, el deterioro psicosocial, el estado nutricional y el impacto de estas conductas en el funcionamiento cotidiano. Ejemplos de conductas de AD se presentan en la Tabla 5. Herramientas como la escala *Celiac Disease Food Attitudes and Behaviors* (CD-

FAB) pueden ser útiles para identificar cogniciones y conductas alimentarias desadaptativas relacionadas con los alimentos; sin embargo, no permiten establecer un diagnóstico psiquiátrico formal. Es fundamental considerar y

descartar, cuando corresponda, la presencia de un TCA incluyendo AN, BN, TA o ARFID, dado que estas entidades constituyen diagnósticos psiquiátricos definidos que requieren abordajes terapéuticos específicos.

**Tabla 5.** Ejemplos de conductas de alimentación desordenada<sup>77-78</sup>

Dominio	Signos/síntomas frecuentes
Conductas alimentarias restrictivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dietas crónicas</li> <li>• Omisión de comidas</li> <li>• Restricción dietética excesiva más allá de la necesidad médica (por ejemplo, evitación excesivamente estricta del gluten en EC)</li> <li>• Eliminación de grupos alimentarios sin indicación clínica</li> </ul>
Patrones alimentarios irregulares o relacionados con atracones/pérdida de control	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobreingesta subclínica sin pérdida de control</li> <li>• Picoteo continuo a lo largo del día</li> <li>• Horarios de comida irregulares o altamente inconsistentes</li> <li>• Patrones de alimentación nocturna</li> </ul>
Conductas de control del peso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dietas extremas</li> <li>• Ayuno</li> <li>• Purgas</li> <li>• Uso inapropiado de métodos para control del peso</li> </ul>
Conductas compensatorias subclínicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuno tras episodios percibidos de sobreingesta</li> <li>• Ejercicio excesivo impulsado por culpa</li> <li>• Patrones rígidos de alimentación "compensatoria" o de "reinicio"</li> </ul>
Preocupación excesiva por peso/figura corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación persistente por el peso corporal, la figura o la apariencia, sin cumplir criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria</li> </ul>
Características cognitivas y emocionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad relacionada con los alimentos</li> <li>• Verificación obsesiva de calorías o ingredientes</li> <li>• Culpa o vergüenza tras comer</li> <li>• Reglas rígidas de alimentos "buenos" versus "malos"</li> <li>• Preocupación excesiva por el peso o la "alimentación limpia"</li> </ul>
Patrones alimentarios rígidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglas alimentarias inflexibles</li> <li>• Conductas evitativas</li> <li>• Pensamiento dicotómico sobre alimentos ("buenos"/"malos")</li> </ul>
Conductas específicas de enfermedad celíaca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipervigilancia frente a exposición al gluten</li> <li>• Evitación de alimentos seguros por temor a contaminación cruzada</li> <li>• Evitación de situaciones sociales relacionadas con la alimentación</li> <li>• Restricción alimentaria progresiva pese a adecuado control</li> </ul>

### ***Manejo de alimentación desordenada en enfermedad celíaca***

Actualmente no existen marcos terapéuticos específicos para la EC dirigidos al manejo de la AD. La literatura disponible respalda un enfoque multidisciplinario orientado a la prevención, que integre atención médica, nutricional y psicológica, junto con educación continua y monitoreo longitudinal.<sup>52,54,55</sup> En contextos donde no se dispone de atención multidisciplinaria integral, un

modelo pragmático mínimo de atención debería incluir un médico tratante (gastroenterólogo o médico de atención primaria) responsable de la evaluación clínica y el monitoreo médico, un nutricionista con experiencia en EC que oriente un manejo seguro y nutricionalmente adecuado de la DLG, y derivación a un profesional de salud mental, cuando esté disponible, ante la sospecha de factores psicológicos subyacentes o de un TCA, con escalamiento a atención especializada según la gravedad

clínica y el riesgo médico.<sup>49-50</sup> Dado que el pilar del tratamiento de la EC es la adherencia estricta y de por vida a la DLG, los clínicos deben equilibrar cuidadosamente la necesidad de evitar estrictamente el gluten con el riesgo de reforzar patrones alimentarios desadaptativos o favorecer la progresión hacia un TCA formal.<sup>56,57</sup> En la EC, la AD puede surgir como consecuencia de restricción alimentaria impulsada por síntomas, hipervigilancia definida como monitorización, preocupación o conductas de evitación excesivas o desproporcionadas frente al riesgo de ingestión accidental de gluten o contaminación cruzada, más allá de lo razonablemente necesario para un manejo seguro de la enfermedad, o temor a consecuencias adversas,<sup>56,57</sup> todos fenómenos amplificadas por las exigencias de una adherencia dietética estricta.<sup>44,58</sup> En este contexto, el seguimiento clínico debe incluir evaluaciones estructuradas y repetidas de los patrones alimentarios y su contexto, evitando asumir automáticamente que una restricción progresiva refleja adherencia adecuada o, en el extremo opuesto, etiquetarla prematuramente como patología psiquiátrica.<sup>47,56</sup>

La evaluación clínica debe extenderse más allá de la adherencia a la DLG e incluir patrones sugestivos de alimentación desadaptativa, tales como omisión de comidas, ayuno para evitar síntomas, reducción progresiva de la variedad dietética, evitación de alimentos seguros, temor a comer fuera del hogar, dependencia excesiva de alimentos preparados exclusivamente por el propio paciente y preocupación persistente por los alimentos. Otros hallazgos de preocupación incluyen pérdida de peso no intencional, alteraciones de la imagen corporal, conductas compensatorias (por ejemplo, purgas o uso de laxantes) y persistencia de síntomas gastrointestinales a pesar de una restricción dietética progresivamente más estricta.<sup>56,58</sup>

Existe información muy limitada sobre la implementación rutinaria de herramientas formales de cribado para TCA o AD en clínicas de EC, y actualmente no existe ninguna guía clínica que recomiende el cribado universal y estandarizado de TCA/AD en todos los pacientes con EC. Sin embargo, algunos instrumentos pueden ser útiles para la identificación de casos en individuos de mayor riesgo, incluyendo herramientas generales para TCA como el *Eating Disorder Screen for Primary Care* (ESP)<sup>59</sup> y el cuestionario SCOFF,<sup>34</sup> así como también instrumentos específicos para EC, como la escala *Celiac Disease Food Attitudes and Behaviors* (CD-FAB),<sup>60</sup> que puede contribuir a identificar actitudes y conductas alimentarias desadaptativas relacionadas con los alimentos.

El manejo nutricional debe ser realizado por nutricionistas con experiencia tanto en EC como en TCA, con el

objetivo de mantener una exclusión estricta del gluten y minimizar las restricciones innecesarias. Esto incluye promover la variedad dietética dentro de la DLG, clarificar la diferencia entre restricciones médicamente indicadas y conductas evitativas, y abordar temores relacionados con la alimentación, como la contaminación cruzada. Las intervenciones psicológicas constituyen un componente central del tratamiento y deben orientarse a modificar cogniciones y conductas desadaptativas relacionadas con los alimentos, la seguridad alimentaria y la imagen corporal. En este contexto, pueden adaptarse estrategias basadas en evidencia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el tratamiento basado en la familia, para abordar características superpuestas con entidades como el ARFID y AN.

Las consideraciones del desarrollo también son relevantes, ya que las conductas alimentarias desadaptativas suelen surgir durante la adolescencia.<sup>61</sup> En personas con EC, factores de riesgo tempranos como la insatisfacción con el peso corporal, los síntomas de ansiedad o depresión y las dinámicas familiares en torno a las comidas pueden interactuar con las exigencias crónicas de la DLG, perpetuando o exacerbando conductas de AD hasta la adultez.<sup>45,62</sup> Cuando se identifican conductas de AD, los clínicos deben evaluar la estabilidad médica e iniciar la derivación precoz a profesionales de la salud mental, idealmente con experiencia en TCA y familiaridad con las enfermedades gastrointestinales.<sup>56</sup> Finalmente, es esencial mantener mensajes consistentes y coordinados entre las distintas disciplinas para evitar reforzar patrones alimentarios impulsados por el miedo o restricciones excesivas.

### ***Desafíos nutricionales en el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria y la alimentación desordenada en la enfermedad celíaca***

El manejo de los TCA, particularmente AN, BN y ARFID en personas con dietas restrictivas médicamente prescritas, como ocurre en la EC, plantea una paradoja terapéutica singular. El tratamiento estándar de los TCA busca reducir las reglas dietéticas rígidas, desafiar la evitación alimentaria y restaurar la flexibilidad en la relación con la alimentación, mientras que la EC exige adherencia estricta y permanente a una dieta libre de gluten (DLG), lo que genera una tensión inherente entre la recuperación psicológica y la necesidad médica.<sup>26,63</sup> Esta dificultad es particularmente relevante en fenotipos restrictivos de TCA, en los que la DLG puede reforzar inadvertidamente cogniciones restrictivas o incluso integrarse al trastorno como una forma socialmente aceptable de evitación.<sup>64,65</sup>

Desde una perspectiva nutricional, mantener una DLG estricta mientras se trabaja para normalizar los patrones alimentarios resulta intrínsecamente complejo. La DLG requiere la exclusión completa del trigo, centeno, cebada y cereales relacionados, además de la vigilancia constante de fuentes ocultas de gluten y de la contaminación cruzada durante el procesamiento, almacenamiento y preparación de alimentos. Sin una orientación adecuada, esta vigilancia necesaria puede derivar en una restricción alimentaria excesiva. Por ello, el manejo nutricional debe enfatizar sustituciones nutricionalmente adecuadas, libres de gluten, que incluyan cereales integrales, así como una planificación alimentaria equilibrada que garantice una ingesta suficiente de energía y nutrientes.

Esto es particularmente importante dada la limitada calidad nutricional de muchos productos comerciales libres de gluten, que con frecuencia no están fortificados con micronutrientes como hierro, folato, tiamina, riboflavina y niacina. En un estudio de Jamieson *et al.*,<sup>66</sup> los productos básicos libres de gluten contenían 1,3 veces más grasa, así como niveles significativamente menores de hierro (-55%), folato (-44%) y proteínas (-36%) en comparación con sus equivalentes con gluten. La variabilidad en el contenido y la composición de la fibra, particularmente la fermentable, también puede contribuir a la persistencia de síntomas gastrointestinales y afectar negativamente el bienestar psicológico en personas con EC.<sup>67</sup>

La vulnerabilidad nutricional puede verse aún más agravada en pacientes con TCA coexistente, en los que la ingesta insuficiente, la eliminación de grupos alimentarios, las conductas de atracón-purga y los patrones alimentarios erráticos pueden exacerbar deficiencias de micronutrientes comúnmente observadas en ambas condiciones, como hierro, vitaminas del complejo B y ácidos grasos esenciales.<sup>65,68</sup> Las alteraciones en los patrones alimentarios también pueden contribuir a disbiosis del microbioma intestinal, empeorando potencialmente los síntomas gastrointestinales y dificultando la adherencia dietética.<sup>69</sup> En fenotipos no restrictivos, (como la BN y el TA), los episodios de ingesta descontrolada pueden aumentar el riesgo de exposición inadvertida al gluten, particularmente cuando las opciones libres de gluten son limitadas.<sup>64,68</sup>

La AD en la EC presenta desafíos nutricionales superpuestos pero distintos. A diferencia de los TCA, la AD en EC suele estar impulsada por ansiedad relacionada con los síntomas, temor a la exposición al gluten o vigilancia dietética excesiva, más que por preocupaciones relacionadas con la imagen corporal. Los pacientes pueden eliminar progresivamente alimentos más allá de

lo médicamente necesario, reduciendo la diversidad dietética y aumentando el riesgo de afectación nutricional a pesar de mantener adherencia a la DLG.<sup>65,66</sup> La hipervigilancia frente a la contaminación cruzada y la dependencia de una variedad limitada de alimentos percibidos como “seguros” pueden deteriorar aún más la calidad de vida y reforzar conductas evitativas.<sup>63,65,70</sup> El acceso a un nutricionista especializado en EC puede ayudar a reducir el riesgo de superposición de restricciones dietéticas, fenómeno en el que los pacientes adoptan progresivamente múltiples restricciones alimentarias innecesarias además de la DLG, incrementando la ansiedad relacionada con la alimentación, el compromiso nutricional y la carga psicosocial.<sup>71</sup>

Los cambios de peso tras el inicio de la DLG pueden complicar aún más el manejo clínico. La recuperación ponderal en individuos previamente desnutridos, o el aumento de peso asociado a una mejor absorción intestinal y mayor disponibilidad de productos ultraprocesados libres de gluten, puede contribuir a preocupaciones relacionadas con la imagen corporal, desencadenando conductas de AD o exacerbando TCA preexistentes, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.<sup>63,70</sup> Es necesario utilizar herramientas educativas estandarizadas y basadas en evidencia, incluyendo listas de verificación para contaminación cruzada.<sup>72,73</sup>

Desde una perspectiva práctica, una jerarquía de objetivos nutricionales para el manejo de la AD comienza con la adecuación nutricional, priorizando la restauración de una ingesta energética consistente y suficiente, dado que la alimentación insuficiente o errática puede agravar los síntomas gastrointestinales, aumentar la ansiedad relacionada con los alimentos y reforzar conductas restrictivas. Una vez alcanzada una ingesta adecuada, el foco debe orientarse hacia el equilibrio nutricional, asegurando comidas con un aporte suficiente de carbohidratos, proteínas y grasas para favorecer la saciedad, la adecuación nutricional y una función digestiva más predecible. El siguiente paso es la variedad dietética, que promueve la expansión gradual más allá de una variedad limitada de alimentos considerados “seguros”, con el fin de mejorar la diversidad alimentaria, la calidad nutricional y la confianza al comer. Solo una vez consolidadas estas bases, debería abordarse la reintroducción de alimentos específicos temidos o evitados, mediante un enfoque gradual y estructurado de rehabilitación alimentaria (Figura 2). Este modelo escalonado se adapta a los principios establecidos de la rehabilitación nutricional en TCA, priorizando la restauración de una ingesta adecuada, una nutrición equilibrada, la variedad dietética y la reintroducción progresiva de alimentos temidos.

**Figura 2.** Recomendaciones escalonadas para la rehabilitación nutricional en pacientes con conductas alimentarias desordenadas

<p><b>1</b> PASO 1</p> <p><b>ESTABILIZAR Y GARANTIZAR SEGURIDAD</b></p>	<p><b>Acciones clave</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar estado médico, nutricional y riesgo psicosocial.</li> <li>• Asegurar estabilidad médica y seguridad.</li> <li>• Establecer una relación terapéutica y objetivos iniciales colaborativos.</li> <li>• Iniciar alimentación regular y adecuada según tolerancia.</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <p>Asegurar la estabilidad médica y la seguridad para iniciar la rehabilitación.</p>
<p><b>2</b> PASO 2</p> <p><b>NORMALIZAR LA ALIMENTACIÓN</b></p>	<p><b>Acciones clave</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer horarios regulares de comidas y colaciones.</li> <li>• Aumentar progresivamente la variedad y cantidad de alimentos.</li> <li>• Reducir conductas de restricción, omisión de comidas y rituales.</li> <li>• Abordar síntomas físicos relacionados con la desnutrición.</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <p>Restablecer patrones de alimentación regulares y adecuados para mejorar el estado nutricional.</p>
<p><b>3</b> PASO 3</p> <p><b>REINTRODUCIR Y EXPANDIR GRUPOS DE ALIMENTOS</b></p>	<p><b>Acciones clave</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reintroducir grupos de alimentos evitados o altamente restringidos.</li> <li>• Incluir alimentos temidos de manera gradual y sistemática.</li> <li>• Revisar creencias sobre los alimentos y la nutrición.</li> <li>• Adaptar la dieta a necesidades individuales (por ejemplo, sin gluten en EC).</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <p>Ampliar la variedad dietética y reducir el miedo a los alimentos.</p>
<p><b>4</b> PASO 4</p> <p><b>DESAFIAR CREENCIAS Y CONDUCTAS DESORDENADAS</b></p>	<p><b>Acciones clave</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y cuestionar pensamientos distorsionados sobre peso, forma corporal y alimentación.</li> <li>• Reducir conductas compensatorias y control del peso.</li> <li>• Desarrollar una relación más flexible y neutral con la comida y el cuerpo.</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <p>Modificar pensamientos y conductas desordenadas que mantienen el TCA.</p>
<p><b>5</b> PASO 5</p> <p><b>CONSOLIDAR Y PROMOVER LA RECUPERACIÓN A LARGO PLAZO</b></p>	<p><b>Acciones clave</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer habilidades de afrontamiento y regulación emocional.</li> <li>• Fomentar la alimentación intuitiva y la autoaceptación.</li> <li>• Prevenir recaídas y planificar apoyo a largo plazo.</li> <li>• Coordinar cuidado multidisciplinario y seguimiento.</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <p>Mantener la recuperación y mejorar la calidad de vida a largo plazo.</p>
<p><b>!</b> El tratamiento debe ser individualizado y guiado por un equipo multidisciplinario (médico, dietista-nutricionista, psicólogo/psiquiatra) según las necesidades de cada paciente.</p>		

Imagen creada con ChatGPT. Referencias: 1- Thomas JJ, *et al.* Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria. *Current Opinion in Psychiatry*. 2018;31(6):425-430. 2- Treasure J, *et al.* Trastornos de la conducta alimentaria. *The Lancet*. 2010;375:583-593.

### **Recomendaciones para el manejo clínico de los trastornos de la conducta alimentaria y de la alimentación desordenada en la enfermedad celíaca**

Esta sección proporciona una orientación práctica para los clínicos involucrados en el manejo de los TCA y los AD en personas con EC, con énfasis en la toma de decisiones clínicas y la delimitación de roles dentro del equipo asistencial.

En pacientes con restricción alimentaria, ansiedad relacionada con los alimentos, cambios de peso o malestar asociado a la DLG, la primera tarea clínica consiste en determinar si estas manifestaciones corresponden a una

AD o a un TCA que requiera evaluación especializada en salud mental. Distinguir entre una adherencia adaptativa a la DLG y patrones de AD o de un TCA formal puede ser complejo, ya que la restricción médicamente necesaria puede superponerse a conductas desadaptativas o patológicas. Herramientas breves, como el cuestionario SCOFF,<sup>34</sup> o el Cuestionario de Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE-Q)<sup>74</sup> pueden facilitar la identificación temprana en el ámbito clínico. La presencia de restricción alimentaria severa con bajo peso, miedo al aumento de peso, atracones, conductas compensatorias o alteración significativa de la imagen corporal sugiere

un TCA formal, mientras que la hipervigilancia, las conductas rígidas orientadas a la “seguridad alimentaria” o la reducción progresiva de las opciones alimentarias pueden reflejar AD.

Cuando se sospecha un TCA, el rol del médico consiste en reconocer los signos de alarma, evaluar la estabilidad médica y facilitar una derivación oportuna a salud mental o a programas especializados en TCA. Los TCA requieren un manejo psiquiátrico especializado, mientras que las intervenciones centradas exclusivamente en la nutrición pueden resultar insuficientes o incluso reforzar inadvertidamente conductas desadaptativas. Por ambos motivos es fundamental la derivación temprana.

En pacientes con AD que no cumplen los criterios diagnósticos de TCA, el médico y el nutricionista asumen un rol más activo en el manejo. El tratamiento debe centrarse en mantener una exclusión estricta del gluten minimizando restricciones innecesarias, garantizar la adecuación nutricional y abordar creencias desadaptativas relacionadas con los alimentos. Cuando los pacientes muestran resistencia a involucrarse en servicios de salud mental, los clínicos deben mantener un seguimiento longitudinal, documentar las preocupaciones clínicas y reconsiderar la derivación utilizando un lenguaje claro, no estigmatizante y centrado en la funcionalidad, la seguridad y la calidad de vida.

Dentro de este marco, varias recomendaciones prácticas pueden orientar el manejo clínico:

1. Evaluar la gravedad y el contexto de las alteraciones alimentarias para diferenciar la AD de un TCA formal.
2. Indicar derivación temprana cuando existan características compatibles con TCA, malestar psicológico significativo o riesgo nutricional.
3. Favorecer la colaboración multidisciplinaria con nutricionistas y profesionales de la salud mental con experiencia tanto en EC como en TCA.
4. Reforzar la educación basada en evidencia sobre la DLG para prevenir restricciones excesivas o innecesarias.
5. Reconocer la carga psicológica de la vigilancia dietética crónica, particularmente en contextos sociales y situaciones de incertidumbre alimentaria.
6. Monitorear longitudinalmente las conductas alimentarias, el estado nutricional y el impacto psicosocial.

En conjunto, el manejo debe ser individualizado y multidisciplinario, con una delimitación clara de roles entre las especialidades. En la Figura 3 se presenta un resumen del diagnóstico y manejo de los TCA y la AD en la enfermedad celíaca.

### ***Abordaje de la hipervigilancia en la enfermedad celíaca***

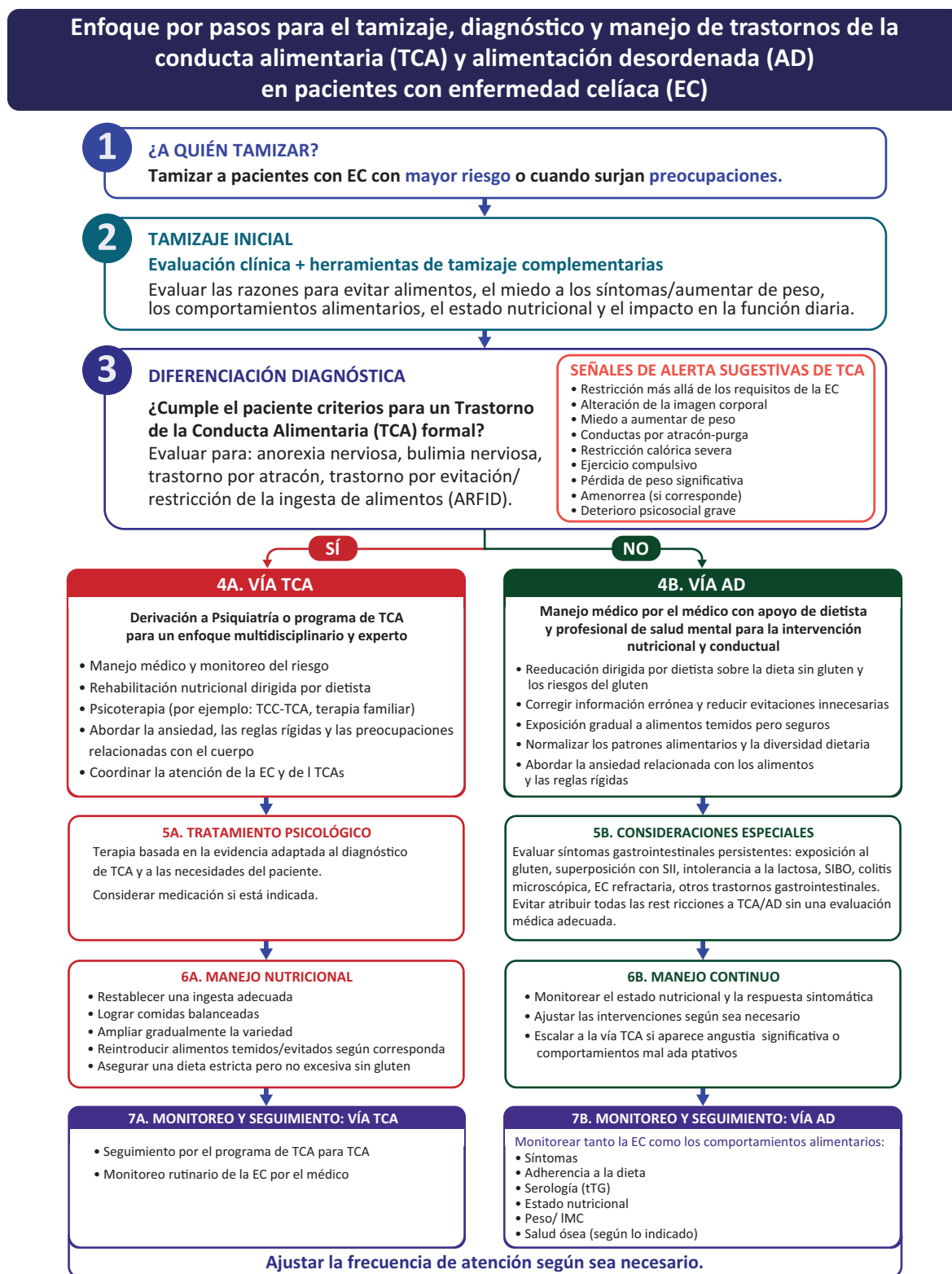
La hipervigilancia ante la exposición al gluten merece una atención particular en el manejo de la enfermedad celíaca. Si bien los pacientes deben desarrollar habilidades prácticas para mantener una dieta libre de gluten, que incluyen la lectura de etiquetas, la prevención de la contaminación cruzada y la selección segura de alimentos, en algunos individuos estas conductas pueden volverse excesivamente rígidas o impulsadas por el miedo. En estos casos, la educación del paciente constituye un componente central del manejo. El asesoramiento claro y basado en evidencia por parte del equipo clínico o de un nutricionista especializado en enfermedad celíaca puede ayudar a corregir conceptos erróneos sobre el riesgo real de exposición al gluten, diferenciar escenarios de alto y bajo riesgo y reducir la incertidumbre relacionada con el etiquetado alimentario, la contaminación cruzada y las prácticas seguras al comer fuera del hogar.

El uso de herramientas educativas estandarizadas, listas de verificación prácticas y mensajes consistentes entre los distintos profesionales de la salud puede contribuir a disminuir temores innecesarios y evitar recomendaciones contradictorias que refuercen la ansiedad.<sup>30-32</sup>

Las estrategias conductuales también pueden ser útiles, particularmente cuando la hipervigilancia conduce a una restricción progresiva o al deterioro psicosocial. La reintroducción gradual de alimentos seguros innecesariamente evitados, la expansión de la variedad dietética y la exposición acompañada a situaciones sociales de alimentación de bajo riesgo pueden ayudar a reconstruir la confianza y reducir la dependencia de un repertorio limitado de alimentos percibidos como “seguros”. El objetivo no es disminuir la adherencia a la DLG, sino promover una vigilancia proporcionada, entendida como el mantenimiento de la seguridad médica, minimizando al mismo tiempo las restricciones innecesarias, la ansiedad relacionada con los alimentos y el deterioro de la calidad de vida.

La Figura 3 resume un enfoque escalonado para el cribado, diagnóstico y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria y la alimentación desordenada en la enfermedad celíaca.

**Figura 3.** Enfoque escalonado para el tamizaje, diagnóstico y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria y la alimentación desordenada en la enfermedad celíaca



DLG: Dieta sin gluten; TCA: Trastorno de la conducta alimentaria; AD: Alimentación desordenada; EC: Enfermedad celíaca; ARFID: Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos; TCC: Terapia cognitivo-conductual; SII: Síndrome del intestino irritable; SIBO: Sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado; TTG: Transglutaminasa tisular.

## Discusión

La intersección entre la enfermedad celíaca, las conductas alimentarias desadaptativas o alimentación desordenada y los trastornos de la conducta alimentaria representa un desafío clínico relevante e insuficientemente reconocido en gastroenterología. Estas condiciones pueden simularse, enmascarse o exacerbarse mutuamente, dado que comparten manifestaciones clínicas superpuestas, como cambios de peso, dolor abdominal, alteraciones del tránsito intestinal, fatiga, deficiencias de micronutrientes y malnutrición.<sup>8</sup> En consecuencia, distinguir entre actividad intestinal persistente, falta de adherencia dietética y coexistencia de AD o TCA puede resultar particularmente difícil, especialmente en aquellos pacientes con síntomas persistentes o compromiso nutricional a pesar de una adherencia estricta a la DLG.

Esta complejidad se ve amplificada por el hecho de que el tratamiento de la EC es intrínsecamente dietético. Aunque la adherencia estricta a la DLG es esencial, la vigilancia constante requerida puede contribuir al desarrollo de hipervigilancia, rigidez conductual y ansiedad relacionada con los alimentos en individuos susceptibles, con un potencial de evolución hacia patrones alimentarios desadaptativos. A la inversa, los TCA preexistentes pueden interferir con la adherencia terapéutica, la rehabilitación nutricional y la interpretación clínica de los síntomas. Estas dinámicas evidencian la importancia de diferenciar el manejo dietético adaptativo de la restricción patológica como componente central del cuidado de la EC. En este contexto, los TCA y la AD deben reconocerse como factores clínicamente relevantes que influyen en la adherencia, la persistencia de síntomas, el riesgo nutricional y la calidad de vida, lo que justifica un abordaje multidisciplinario que involucre a gastroenterólogos, nutricionistas y profesionales de salud mental.

Los factores psicosociales parecen desempeñar un papel central en esta interacción. Una mayor carga de síntomas compatibles con TCA se ha asociado con síntomas depresivos, menor calidad de vida, mayor carga social e insatisfacción corporal.<sup>28,30-32</sup> Estos hallazgos respaldan un modelo biopsicosocial; sin embargo, la direccionalidad de estas asociaciones sigue sin estar claramente definida, dado que el malestar psicosocial podría actuar como factor contribuyente o ser consecuencia de conductas alimentarias desadaptativas. Se requieren estudios prospectivos longitudinales que permitan esclarecer las relaciones temporales, identificar predictores de progresión desde AD hacia TCA formales y determinar si las intervenciones psicosociales dirigidas pueden mejorar los desenlaces clínicos y la calidad de vida en personas con EC.

Persisten importantes faltas de evidencia científica. En primer lugar, existe escasa orientación sobre cómo adaptar las intervenciones nutricionales en pacientes con coexistencia de EC y AD o TCA. El asesoramiento dietético convencional, cuando se brinda de forma aislada, puede resultar insuficiente o incluso reforzar inadvertidamente conductas restrictivas o impulsadas por el miedo. En segundo lugar, falta evidencia centrada en el tratamiento. La mayoría de los estudios disponibles son transversales u observacionales y no evalúan la eficacia de modelos de atención integrados. Aún no está claro si los tratamientos estándar para TCA requieren modificaciones en el contexto de la EC, ni cuál es la mejor estrategia para coordinar la atención gastroenterológica, nutricional y psiquiátrica.

En tercer lugar, existe una carencia de herramientas validadas específicamente diseñadas para distinguir las conductas alimentarias desadaptativas de las restricciones dietéticas médicamente necesarias. Los instrumentos existentes (por ejemplo, EAT-26, SCOFF) fueron desarrollados para poblaciones generales y pueden tener especificidad limitada en condiciones que requieren modificaciones dietéticas terapéuticas, como la EC, las alergias alimentarias, la enfermedad inflamatoria intestinal, los trastornos gastrointestinales eosinofílicos o el síndrome de intestino irritable manejado con dietas de eliminación. Aunque herramientas específicas como la escala *Celiac Disease Food Attitudes and Behaviors* (CD-FAB), muestran potencial para identificar cogniciones y conductas alimentarias desadaptativas en EC, se requiere mayor validación y una implementación clínica más amplia.<sup>51,60</sup>

Finalmente, el papel de los determinantes sociales de la salud (DSS), incluyendo el acceso a alimentos, la alfabetización en salud y el apoyo social, permanece escasamente explorado, a pesar de su probable influencia en la vulnerabilidad a desarrollar AD en personas con EC.

Las investigaciones futuras deberían priorizar estudios longitudinales que aclaren las relaciones temporales entre EC, AD y TCA, así como ensayos de intervención que evalúen modelos de atención multidisciplinarios e integrados. El desarrollo de herramientas de evaluación específicas para EC y la incorporación de marcos conceptuales basados en los determinantes sociales de la salud serán fundamentales para optimizar tanto la atención clínica como la investigación en esta población.

**Propiedad intelectual.** Los autores declaran que los datos, las figuras y tablas presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en sus instituciones pertenecientes.

**Financiamiento.** David Armstrong cuenta con el apoyo de la Cátedra Douglas de Investigación en Nutrición. MIPS cuenta con el apoyo de la Iniciativa de Nutrición del Farncombe Family Digestive Health Research Institute.

**Conflictos de intereses.** María Inés Pinto-Sanchez ha recibido financiamiento para investigación de Celiac Canada, Takeda y Provention Bio, así como una subvención educativa de Takeda. MIPS es miembro del Scientific Medical Advisory Board de Celiac Canada.

#### Aviso de derechos de autor



© 2026 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

**Cite este artículo como:** Noejovich C V, Bholan N, Blom J J y col. Restricción alimentaria en la enfermedad celíaca: diagnóstico diferencial entre trastornos de la conducta alimentaria y alimentación desordenada. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2026;56(2):135-153. <https://doi.org/10.52787/agl.v56i2.653>

#### Referencias

- Catassi C, Verdu EF, Bai JC, Lionetti E. Coeliac disease. *Lancet.* 2022;399(10344):2413-2426. DOI:10.1016/S0140-6736(22)00794-2
- Singh P, Arora A, Strand TA, et al. Global Prevalence of Celiac Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16(6):823-36.e2. DOI:10.1016/j.cgh.2017.06.037
- Hallert C, Grännö C, Hultén S, et al. Living with coeliac disease: controlled study of the burden of illness. *Scand J Gastroenterol.* 2002;37(1):39-42. DOI:10.1080/003655202753387338
- de Rosa A, Troncone A, Vacca M, Ciacci C. Characteristics and quality of illness behavior in celiac disease. *Psychosomatics.* 2004;45(4):336-342. DOI:10.1176/appi.psy.45.4.336
- American Psychiatric Association. What are eating disorders? *Psychiatry.org.* Accessed March 17, 2026. <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- Peters JE, Basnayake C, Hebbard GS, Salzberg MR, Kamm MA. Prevalence of disordered eating in adults with gastrointestinal disorders: A systematic review. *Neurogastroenterology and Motil.* 2022;34(8):e14278. DOI:10.1111/nmo.14278
- Staller K, Abber SR, Burton Murray H. The intersection between eating disorders and gastrointestinal disorders: a narrative review and practical guide. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2023;8(6):565-578. DOI:10.1016/S2468-1253(22)00351-X
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, text rev (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
- Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet.* 2020;395(10227):899-911. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30059-3
- Ward ZJ, Bleich SN, Cradock AL, et al. Projected U.S. state-level prevalence of adult obesity and severe obesity. *JAMA Netw Open.* 2019;2(10):e1912925. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2019.12925
- Schalla MA, Stengel A. Gastrointestinal alterations in anorexia nervosa - A systematic review. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27(5):447-461. DOI:10.1002/erv.2679
- Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(12):1099-1111. DOI:10.1016/S2215-0366(15)00356-9
- Academy for Eating Disorders (AED) Medical Care Standards Committee. *Eating Disorders: A Guide to Medical Care.* 4th ed. Reston, VA: Academy for Eating Disorders;2021.
- Shen Y, Chen B, Zhang H, Shen W, Wu C, Jiang L. Global, regional, and national burden of eating disorders in 204 countries and territories, 1990-2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *J Eat Disord.* 2025;13(1):290. Published 2025 Dec 20. DOI:10.1186/s40337-025-01492-8
- Mars JA, Iqbal A, Rehman A. Binge Eating Disorder. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2026. Updated August 11, 2024. Accessed May 14, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551700/>
- Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(4):320-328. DOI:10.1016/S2215-0366(21)00040-7
- Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *Int J Eat Disord.* 2019;52(1):42-50. DOI:10.1002/eat.23004
- Nikniaz Z, Beheshti S, Abbasalizad Farhangi M, Nikniaz L. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and odds of eating disorders in patients with celiac disease and vice-versa. *Int J Eat Disord.* 2021;54(9):1563-1574. DOI:10.1002/eat.23561
- Hansen S, Osler M, Thysen SM, Rumessen JJ, Linneberg A, Kårhus LL. Celiac disease and risk of neuropsychiatric disorders: A nationwide cohort study. *Acta Psychiatr Scand.* 2023;148(1):60-70. DOI:10.1111/acps.13554
- Butwicka A, Lichtenstein P, Frisé L, Almqvist C, Larsson H, Ludvigsson JF. Celiac Disease Is Associated with Childhood Psychiatric Disorders: A Population-Based Study. *J Pediatr.* 2017; 184:87-93.e1. DOI:10.1016/j.jpeds.2017.01.043
- Lebwohl B, Haggård L, Emilsson L, et al. Psychiatric Disorders in Patients with a Diagnosis of Celiac Disease During Childhood From 1973 to 2016. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2021;19(10):2093-2101.e13. DOI:10.1016/j.cgh.2020.08.018
- Alkhayyat M, Qapaja T, Aggarwal M, et al. Epidemiology and risk of psychiatric disorders among patients with celiac disease: A population-based national study. *J Gastroenterol Hepatol.* 2021;36(8):2165-2170. DOI:10.1111/jgh.15437
- Subramanian L, Coo H, Jane A, et al. Celiac Disease and Inflammatory Bowel Disease Are Associated with Increased Risk of Eating Disorders: An Ontario Health Administrative Database Study. *Clin Transl Gastroenterol.* 2024;15(5):e00700. Published 2024 May 1. DOI:10.14309/ctg.0000000000000700

24. Mårild K, Størdal K, Bulik CM, *et al.* Celiac Disease and Anorexia Nervosa: A Nationwide Study. *Pediatrics*. 2017;139(5): e20164367. DOI:10.1542/peds.2016-4367
25. Hedman A, Breithaupt L, Hübel C, *et al.* Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(7):803-812. DOI:10.1111/jcpp.12958
26. Passananti V, Siniscalchi M, Zingone F, *et al.* Prevalence of eating disorders in adults with celiac disease. *Gastroenterol Res Pract*. 2013;2013:491657. DOI:10.1155/2013/491657
27. Karwautz A, Wagner G, Berger G, Sinnreich U, Grylli V, Huber WD. Eating pathology in adolescents with celiac disease. *Psychosomatics*. 2008;49(5):399-406. DOI:10.1176/appi.psy.49.5.399
28. Wagner G, Zeiler M, Berger G, *et al.* Eating Disorders in Adolescents with Celiac Disease: Influence of Personality Characteristics and Coping. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(5):361-370. DOI:10.1002/erv.2376
29. Babio N, Alcázar M, Castillejo G, *et al.* Risk of Eating Disorders in Patients With Celiac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66(1):53-57. DOI:10.1097/MPG.0000000000001648
30. Nishihara R, Techy ACM, Staichok C, *et al.* Prevalence of eating disorders in patients with celiac disease: a comparative study with healthy individuals. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2024;70(1):e20231090. Published 2024 Mar 15. DOI:10.1590/1806-9282.20231090
31. Bennett A, Bery A, Esposito P, Zickgraf H, Adams DW. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Characteristics and Prevalence in Adult Celiac Disease Patients. *Gastro Hep Adv*. 2022;1(3):321-327. Published 2022 Mar 30. DOI:10.1016/j.gastha.2022.01.002
32. Rabiee R, Mahdavi R, Shirmohammadi M, Nikniaz Z. Eating disorders, body image dissatisfaction and their association with gluten-free diet adherence among patients with celiac disease. *BMC Nutr*. 2024;10(1):100. Published 2024 Jul 18. DOI:10.1186/s40795-024-00910-5
33. Litmanen J, Fröjd S, Marttunen M, Isomaa R, Kaltiala-Heino R. Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? *Nord J Psychiatry*. 2017;71(1):61-66. DOI:10.1080/08039488.2016.1224272
34. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319(7223):1467-1468. DOI:10.1136/bmj.319.7223.1467
35. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment (NG69). NICE. Published May 23, 2017. Exceptional surveillance updated 2024. Accessed March 17, 2026. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
36. Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor ME. Eating Disorder Examination. Edition 17.0D. CBT-E website. Published January 2014. Accessed May 14, 2026. <https://www.cbte.co/for-professionals/measures/>
37. Sysko R, Glasofer DR, Hildebrandt T, *et al.* The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2015;48(5):452-463. DOI:10.1002/eat.22388
38. Garner DM. Eating Disorder Inventory-3: Professional Manual. Psychological Assessment Resources; 2004.
39. Schaefer LM, Crosby RD, Machado PPP. A systematic review of instruments for the assessment of eating disorders among adults. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(6):543-562. DOI:10.1097/YCO.0000000000000746
40. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, *et al.* The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2023;180(2):167-171. DOI:10.1176/appi.ajp.23180001
41. Kambanis PE, Thomas JJ. Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2023;25(2):53-64. DOI:10.1007/s11920-022-01404-6
42. Ramirez Z, Gunturu S. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2024. Updated May 1, 2024.
43. Di Cara M, Rizzo C, Corallo F, *et al.* Avoidant Restrictive Food Intake Disorder: A Narrative Review of Types and Characteristics of Therapeutic Interventions. *Children (Basel)*. 2023;10(8):1297. Published 2023 Jul 28. DOI:10.3390/children10081297
44. Coburn S, Germone M, McGarva J, Taft T. Psychological Considerations for Food Intolerances: Celiac Sprue, Eosinophilic Esophagitis, and Non-Celiac Gluten Sensitivity. *Gastroenterol Clin North Am*. 2022;51(4):753-764. DOI:10.1016/j.gtc.2022.07.003
45. Satherley RM, Higgs S, Howard R. Disordered eating patterns in coeliac disease: a framework analysis. *J Hum Nutr Diet*. 2017;30(6):724-736. DOI:10.1111/jhn.12475
46. Simons M, McGarva J, Doerfler B, *et al.* Food-related quality of life driven by hypervigilance and anxiety around eating in organic gastrointestinal conditions. *J Hum Nutr Diet*. 2024;37(6):1505-1515. DOI:10.1111/jhn.13358
47. Lee AR, Zybert P, Chen Z, *et al.* Food avoidance beyond the gluten-free diet and the association with quality of life and eating attitudes and behaviors in adults with celiac disease. *Nutrients*. 2024;16(19):3411. DOI:10.3390/nu16193411
48. Lebovits J, Lee AR, Ciaccio EJ, *et al.* Impact of Celiac Disease on Dating. *Dig Dis Sci*. 2022;67(11):5158-5167. DOI:10.1007/s10620-022-07548-y
49. Zysk W, Glabska D, Guzek D. Food Neophobia in Celiac Disease and Other Gluten-Free Diet Individuals. *Nutrients*. 2019;11(8):1762. Published 2019 Jul 31. DOI:10.3390/nu11081762
50. Leffler DA, Dennis M, Edwards George JB, Kelly CP. The interaction between eating disorders and celiac disease: an exploration of 10 cases. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2007;19(3):251-255. DOI:10.1097/MEG.0b013e328012db37
51. Gholmie Y, Lee AR, Satherley RM, *et al.* Maladaptive Food Attitudes and Behaviors in Individuals with Celiac Disease and Their Association with Quality of Life. *Dig Dis Sci*. 2023;68(7):2899-2907. DOI:10.1007/s10620-023-07912-6
52. Cadenhead JW, Lee AR, Nguyen TTT, Lebowhl B, Green PHR, Wolf RL. Dietary Adherence to Recommendations among a Cohort of Adults and Teens with Celiac Disease Maintaining a Gluten-Free Diet Compared to a Nationally Representative Sample: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2024;16(18):3067. Published 2024 Sep 11. DOI:10.3390/nu16183067
53. Wolf RL, Lebowhl B, Lee AR, *et al.* Hypervigilance to a Gluten-Free Diet and Decreased Quality of Life in Teenagers and Adults with Celiac Disease. *Dig Dis Sci*. 2018;63(6):1438-1448. DOI:10.1007/s10620-018-4936-4
54. Rajani S, Sawyer-Bennett J, Shirton L, *et al.* Patient and parent satisfaction with a dietitian- and nurse- led celiac disease clinic for children at the Stollery Children's Hospital, Edmonton, Alberta. *Can J Gastroenterol*. 2013;27(8):463-466. DOI:10.1155/2013/537160

55. Mulder CJJ, Elli L, Lebowhl B, *et al.* Follow-Up of Celiac Disease in Adults: "When, What, Who, and Where". *Nutrients*. 2023;15(9):2048. Published 2023 Apr 24. DOI:10.3390/nu15092048
56. Riehl ME, Scarlata K. Understanding disordered eating risks in patients with gastrointestinal conditions. *J Acad Nutr Diet*. 2022;122(3):491-499. DOI:10.1016/j.jand.2021.03.001
57. Ciao AC, Loth K, Neumark-Sztainer D. Preventing eating disorder pathology: common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(7):453. DOI:10.1007/s11920-014-0453-0
58. Quick VM, Byrd-Bredbenner C, Neumark-Sztainer D. Chronic illness and disordered eating: a discussion of the literature. *Adv Nutr*. 2013;4(3):277-286. DOI:10.3945/an.112.003608
59. Cotton MA, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen Intern Med*. 2003;18(1):53-56. DOI:10.1046/j.1525-1497.2003.20374.x
60. Satherley RM, Howard R, Higgs S. Development and validation of the Coeliac Disease Food Attitudes and Behaviours Scale. *Gastroenterol Res Pract*. 2018;2018:6930269. DOI:10.1155/2018/6930269
61. Solmi M, Radua J, Olivola M, *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27:281-295. DOI:10.1038/s41380-021-01161-7
62. Rowen K, Solomon P, Tebbett-Mock A. Psychosocial predictors of disordered eating in adolescents with celiac disease: a cross-sectional study. *Child Health Care*. Published online 2026. DOI:10.1080/02739615.2026.2626386
63. Lee AR, Lebowhl B, Lebovits J, Wolf RL, Ciaccio EJ, Green PHR. Factors associated with maladaptive eating behaviors, social anxiety, and quality of life in adults with celiac disease. *Nutrients*. 2021;13(12):4494. DOI:10.3390/nu13124494
64. Wei Y, Wang Y, Yuan Y, Chen J. Celiac disease, gluten-free diet, and eating disorders: from bench to bedside. *Foods*. 2025;14(1):74. DOI:10.3390/foods14010074
65. Bennett A, Bery A, Esposito P, Zickgraf H, Adams DW. Avoidant/restrictive food intake disorder characteristics and prevalence in adult celiac disease patients. *Gastro Hep Adv*. 2022;1(3):321-327. DOI:10.1016/j.gastha.2022.01.002
66. Jamieson JA, Weir M, Gougeon L. Canadian packaged gluten-free foods are less nutritious than their regular gluten-containing counterparts. *PeerJ*. 2018;6:e5875. DOI:10.7717/peerj.5875
67. Roncoroni L, Bascuñán KA, Doneda L, *et al.* A low FODMAP gluten-free diet improves functional gastrointestinal disorders and overall mental health of celiac disease patients: a randomized controlled trial. *Nutrients*. 2018;10(8):1023. DOI:10.3390/nu10081023
68. Kaul R, Jansson-Knodell C, Simons ML, Weekley K, Gardinier D, Rubio-Tapia A. Avoidant/restrictive food intake disorder in celiac disease. *Nutrients*. 2025;17:3197. DOI:10.3390/nu17203197
69. Kleiman SC, Watson HJ, Bulik-Sullivan EC, *et al.* The intestinal microbiota in anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 2015;77(9):969-981. DOI:10.1097/PSY.0000000000000247
70. Zingone F, Swift GL, Card TR, Sanders DS, Ludvigsson JF, Bai JC. Psychological morbidity of celiac disease: a review of the literature. *United European Gastroenterol J*. 2015;3(2):136-145. DOI:10.1177/2050640614560786
71. Melton SL, Knowles SR, Gwee KA, Gibson PR, Tuck CJ, Day AS. Diet Stacking - An Expanding Challenge for Gastroenterologists and Dietitians in Managing Chronic Gastrointestinal Disorders. *JGH Open*. 2025 Dec 9;9(12):e70314
72. Lee AR, Dennis M, Lebovits J, Welstead L, Verma R, Therrien A, Lebowhl B. Dietary assessments in individuals living with coeliac disease: key considerations. *J Hum Nutr Diet*. 2025 Feb;38(1):e13380
73. Blom JJ, Gidrewicz D, Turner J, Duerksen DR, Pinto-Sánchez MI. Diagnosis and management of celiac disease. *CMAJ*. 2025 Nov 10;197(38):E1258-E1265. DOI: 10.1503/cmaj.230091
74. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther*. 2004;42(5):551-567. DOI:10.1016/S0005-7967(03)00161-X
75. Open Resources for Nursing. Chapter 13: Eating Disorders. In: Ernstmeyer K, Christman E, eds. *Nursing: Mental Health and Community Concepts*. Chippewa Valley Technical College; 2022. Accessed May 14, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590029/>
76. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 2020;50(1):24-29. DOI:10.1111/imj.14691
77. Peschel SKV, Sigrist C, Voss C, *et al.* Subclinical patterns of disordered eating behaviors in the daily life of adolescents and young adults from the general population. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024;18(1):69. Published 2024 Jun 6. DOI:10.1186/s13034-024-00752-w
78. Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Swann R, Reyes ML, Bulik CM. Patterns and prevalence of disordered eating and weight control behaviors in women ages 25-45. *Eat Weight Disord*. 2009;14(4):e190-e198. DOI:10.1007/BF03325116