

## **Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica**

*Esteban Montenegro M.  
Tatiana Blanco A.  
Pablo Almengor M.  
Cristina Pereira C.\**

---

**Resumen.** La presente investigación busca determinar la correlación entre la ansiedad, la depresión y los trastornos alimenticios en una muestra de estudiantes de psicología así como ver la incidencia de los mismos. La muestra estaba compuesta por 71 estudiantes, se utilizó el BDI, DAI y el EAT-26. Se realizaron análisis MANOVA, correlaciones de Pearson y Análisis de Cronbach.

**Resultados.** Se halló un efecto significativo del sexo sobre el nivel de trastornos alimenticios así como una correlación significativa entre trastornos alimenticios y ansiedad. Asimismo las mujeres puntuaron más alto en trastornos alimenticios que los hombres, lo cual encuentra apoyo en la literatura sobre trastornos alimenticios.

**Palabras clave:** trastornos alimenticios, ansiedad, depresión, análisis MANOVA.

**Abstract.** This research seeks to determine the correlation between anxiety, depression and eating disorders in a sample of psychology students as well as see the impact of them. The sample consisted of 71 students, we used the BDI, DAI and the EAT-26. MANOVA analysis was performed, and Pearson correlations and analysis of Cronbach.

**Results.** We found a significant effect of gender on the level of eating disorders and a significant correlation between eating disorders and anxiety. Similarly, women scored higher on eating disorders than men, which is supported by the literature on eating disorders.

**Key Words:** eating disorders, anxiety, depression, MANOVA.

---

---

\* Artículo elaborado a partir del curso Investigación V de la carrera de psicología, Universidad de Costa Rica, bajo la supervisión del docente Mauricio Molina.  
*Recepción: 2/5/2009 Aceptación: 19/5/2009*

## Introducción

La depresión es en nuestro país “el segundo diagnóstico más frecuente entre los egresos hospitalarios psiquiátricos. Ocupó en el año 2001, el primer lugar entre los problemas mentales de adultos asistidos en los consultorios externos de la CCSS y el segundo lugar entre las atenciones psiquiátricas brindadas en las salas de emergencia.” (OPS, 2004). Asimismo, una noticia publicada en el diario nacional “Al Día” el 3 de marzo del 2006, señala un aumento en la atención de depresiones graves así como, una mayor incidencia de trastornos alimenticios y cuadros de ansiedad en la población joven, esto según datos del Hospital Nacional Psiquiátrico. Estos datos confirman la importancia del tema de los trastornos alimenticios aunado a la incidencia de ansiedad y depresión en población joven costarricense.

Por esto, es importante la investigación en este tipo de trastornos, los cuales guardan mucha relación entre sí, pues como lo señala Brytek-Matera (2008) los desórdenes emocionales tales como la ansiedad y la depresión son los más citados en relación con los trastornos alimenticios, no obstante, señala esta autora, existe la interrogante de si la depresión y la ansiedad se anteponen o causan el trastorno alimenticio o es más bien, este tipo de trastornos son una consecuencia del trastorno de la ingesta. Ante esto, Herzog (1984 citado en Toro y Vilardell, 1987) menciona que, tras una investigación llevada a cabo con 27 mujeres diagnosticadas con anorexia y 55 mujeres diagnosticadas con bulimia, 18 de las mujeres cumplían con los criterios de depresión mayor, sin embargo lo más relevante es la cronología del desarrollo de la depresión pues, 8 (44%) sufrieron el inicio de su depresión por lo menos un año antes de iniciar su trastorno alimenticio, 4 (22%) presentaron el trastorno depresivo en el mismo año que presentaron el trastorno ingestivo mientras que, solo 6 (34%) experimentaron primero el trastorno de la ingesta antes que el cuadro depresivo. Estos datos según Toro y Vilardell (1987) no explican, que los trastornos alimenticios sean un producto de la sintomatología de este trastorno afectivo.

Por otro lado, Braun, Sunday y Lamí (1994 citado en Brytek-Matera, 2008) afirma que la anorexia y la bulimia acontecen antes de los trastornos de ansiedad y depresión. No obstante, en el caso específico de la anorexia y relacionado con la ansiedad, Toro y Vilardell (1987) mencionan todo un proceso, donde la ansiedad se genera al ritmo de la preocupación por la figura física, donde se desarrolla “la fobia al sobrepeso real o supuesto, con todas las consecuencias de su generalización” (p. 45). De esta forma, la valoración cognitiva distorsionada es la que originará la ansiedad pues “se trata de un pensamiento, un juicio, un hecho cognitivo, que desencadena una ansiedad suficientemente intensa para tomar una decisión radical de disminuir drásticamente la alimentación” (Toro y Vilardell, 1987, p. 45)

Ahora bien, en cuanto a otras investigaciones significativas para la presente indagación cabe resaltar, la investigación de Ousley, Cordero y White (2008) los cuales, propusieron determinar la existencia de diferencias entre la imagen corporal de hombres y mujeres en un contexto universitario. Los resultados encontrados

apuntan hacia diferencias en cuanto a género tanto como a la presencia o ausencia de un trastorno alimenticio. Los hombres que presentan un trastorno alimenticio parecen estar más preocupados por el tono muscular que las mujeres, las cuales se preocupan más por el peso.

Por otra parte, Schiwtzer et al. (2008) hablan de trastornos alimenticios no especificados, los cuales no suelen ser ampliamente tratados en la literatura, pero que existen. Los autores realizaron una comparación entre las mujeres que buscaban ayuda por un trastorno alimenticio y aquellas que no, esto por medio de la utilización del Eating Attitudes Test (EAT) y preguntas estandarizadas de salud. Aquellas mujeres que no buscaron ayuda por ningún trastorno y que además reportaban preocupaciones relativas a la alimentación presentaron una tasa más alta de una mezcla de conductas como ejercitarse con el propósito de perder peso, atracones, vómito y uso de laxantes que las mujeres que no tenían preocupaciones relativas a la alimentación.

Cabe señalar que, la depresión será aquí entendida desde la óptica de Aaron Beck como un “estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.” (Arnau, Meagher, Norris, Bramson, 2001). Asimismo, la ansiedad según Beck se debe a una distorsión o sesgo sistemático del procesamiento de la información así,

En la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. ( Sanz, 1993, p 134)

Adicionalmente, Brytek-Matera (2008) considera que los trastornos de depresión dentro de los trastornos alimenticios se deben a la llamada “tríada cognitiva” la cual se compone de: pensamientos negativos acerca de uno mismo, pensamientos negativos acerca de la realidad circundante (el pasado y el presente) y pesimismo acerca del futuro.

En relación a los trastornos alimenticios, se entenderán como “...alteraciones de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta. Los tipos más comunes de trastorno de alimentación, que aparecen tanto en adolescentes como en adultos, son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa” (García-Palacios, Rivero & Botella, 2004 citado en Cruzat et al 2008).

Más específicamente, la anorexia se caracteriza, según el DSM IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2002) por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso, una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales, el nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo, consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol y cabe destacar

Asimismo, las personas que la padecen consiguen la pérdida de peso, ya sea por la disminución de la ingesta total, o recurriendo a otros métodos como la purga o el ejercicio excesivo.

Por su parte la bulimia, según el DSM IV-TR (APA, 2002) se distingue por atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

Acá es importante señalar que se entiende por atracón el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. (APA, 2001)

Al igual que los sujetos que presentan anorexia nerviosa, las personas con bulimia ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima

Por otro lado, es pertinente esclarecer que el objetivo principal de la presente investigación es determinar si existe correlación entre depresión, ansiedad y trastornos alimenticios en una muestra de estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad de Costa Rica. Dicho estudio, busca a su vez determinar, los niveles de ansiedad y depresión de dicha muestra así como la incidencia de trastornos alimentación en este grupo de personas. Esto bajo la hipótesis de que hay relación entre trastornos de la ingesta de alimentos y la depresión y la ansiedad, relación apoyada por la investigación realizada por Brytek-Matera (2008) con una muestra de 60 mujeres diagnosticadas con bulimia y anorexia; y su correspondiente contratación con un grupo no diagnosticado con trastornos alimenticios.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra esta compuesta de 71 participantes elegidos a conveniencia durante horario de clases de la Universidad de Costa Rica de la carrera de psicología. De la muestra total, 34 pertenecían al primer nivel de la carrera mientras 37 pertenecían al tercer nivel de la carrera de psicología. La media de edad fue de 21 años y del total de la muestra 51 participantes eran mujeres y 20 varones.

### **Materiales**

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI siglas en inglés) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI siglas en inglés) así como el “Eating Attitudes Test- 26” (EAT-26) el cual, es una escala likert compuesta por 26 ítems que contiene indicadores de dieta, bulimia y preocupación por la comida e indicadores de control oral. Un puntaje mayor a 20, es considerado un indicador de presencia trastorno de la ingesta.

### **Procedimiento**

La obtención de los datos fue llevada a cabo en día de clases normal de los estudiantes de psicología, donde a voluntad se les solicitaba si deseaban o no contestar

las tres escalas pertenecientes al estudio. No hubo, manipulación de variables pues no es un diseño experimental y por tanto, no hubo aleatorización de la distribución de la muestra.

Una vez obtenidos los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 16. De esta forma, se efectuaron Análisis Multivariado de Varianza (MANOVA), correlaciones de Pearson entre el BDI, BAI y EAT 26 y Análisis de Confiabilidad de Cronbach.

## Resultados

Respecto a los análisis de Confiabilidad de Cronbach, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) obtuvo un alfa de 0,913 con la totalidad de ítems que componen la escala (21 ítems). En cuanto al Inventario de Depresión de Beck (BDI) se obtuvo un alfa de 0,833 con la totalidad de los ítems (21 ítems). Asimismo, el EAT-26 presentó un alfa de 0,893 sin excluir ítem alguno (26 ítems). Referente a las subescalas del EAT-26 la escala de dieta obtuvo un alfa de 0,922 (14 ítems). Asimismo, la escala de bulimia y preocupación por la comida presentó un alfa de 0,592 (5 ítems) y por último, la escala de control oral obtuvo un alfa de 0,491 (7 ítems).

En cuanto a la media de los puntajes, la muestra obtuvo una media en el EAT-26 de ME= 28,88 DE = 14,356 esto permite afirmar que la muestra obtuvo un puntaje que denota cierta presencia de trastorno alimenticio pues, el criterio para fijar la presencia de trastornos alimenticios es de un puntaje mayor a 20 puntos.

Asimismo, la muestra presentó un puntaje medio de ansiedad de M = 15,085, DE = 9,948. Cabe aclarar, que al realizar cálculos estadísticos relacionados con la ansiedad, se anularon 36 casos pertenecientes al primer nivel de la carrera de psicología debido a que, no se pudo aplicar el Inventario de Ansiedad de Beck de manera simultánea con los demás instrumentos. Respecto al puntaje medio, se pueda apreciar un puntaje bajo que demuestra un nivel de ansiedad muy bajo en la muestra, esto según Beck (1988).

En cuanto a la depresión, el puntaje medio de la muestra en cuanto al nivel de depresión fue de ME = 6,812 DE = 5,285. Lo cual muestra ausencia de depresión en la muestra en general, según Berrios, Bulbena y Fernández (2000).

**Cuadro 1**  
**Medias y desviación estándar según género**

	Femenino		Masculino	
	M	DE	M	DE
EAT 26 (trastorno alimenticio)	32,160	16,600	20,700	14,356
Depresión (BDI)	6,630	5,191	7,277	5,644
Ansiedad (BAI)	16,107	10,343	11,00	7,416

**Cuadro 2**  
**Prueba del efecto entre sujetos**

Variable Independiente	Variable Dependiente	Suma de Cuadrados Tipo III	gl	MC	F	p	$\eta^2$
<b>Edad</b>	Puntaje EAT- 26	52.731	1	52.731	0.149	0.703	0.006
	Puntaje BDI	6.731	1	6.731	0.221	0.642	0.008
	Puntaje BAI	83.289	1	83.289	0.848	0.366	0.032
<b>Sexo</b>	Puntaje EAT- 26	1685.175	1	1685.175	4.757	0.038	0.155
	Puntaje BDI	7.117	1	7.117	0.234	0.633	0.009
	Puntaje BAI	234.644	1	234.644	2.389	0.134	0.084

**Cuadro 3**  
**Correlación entre las subescalas del EAT-26 y la depresión y la ansiedad**

Subescala		Depresión	Ansiedad
Dieta	Correlación de Pearson	0.149	.354*
	Sig. (2-colas)	0.26	0.047
Bulimia y preocupación por la comida	Correlación de Pearson	0.195	0.26
	Sig. (2-colas)	0.131	0.137
Control Oral	Correlación de Pearson	0.039	0.334
	Sig. (2-colas)	0.767	0.061

Respecto a las diferencia según género, se puede apreciar en el Cuadro 1 un mayor puntaje en mujeres respecto a trastornos alimenticios así como mayor presencia de ansiedad en mujeres, no obstante es un puntaje que denota un nivel muy bajo de ansiedad. Asimismo, es importante destacar la diferencia en depresión, en la cual los hombres puntuaron más alto, sin embargo es un puntaje muy bajo el cual, demuestra ausencia de depresión en los varones así como en las mujeres.

Es importante destacar, el puntaje elevado que obtiene la proporción femenina de la muestra, la cual obtuvo un puntaje medio de 32, 160 esto demuestra presencia de trastornos alimenticios en las mujeres.

En referencia a la media de los puntajes en cada subescala del EAT- 26, la muestra obtuvo una  $M = 16,666$   $DE = 13,016$ , esta fue la subescala con puntaje más alto seguida de la escala de bulimia y preocupación por la comida la cual presentó una  $M = 9,80$   $DE = 4,512$  y por último la escala con menor puntaje fue la de control oral con  $M = 7,074$   $DE = 4,102$ .

Por otro lado, al realizar el análisis MANOVA utilizando como variables independientes el sexo y como covariable la edad; se obtuvo según la prueba de Hotelling un resultado no significativo para la variable sexo  $F(3, 24) 1,656, p = 0,203$ . Asimismo según, esta misma prueba se obtuvo un efecto no significativo de la edad  $F(3,24) 0,279 p = 0,840$ .

Específicamente solo se halló un efecto significativo del sexo sobre el puntaje del EAT-26 y con un efecto mediano según el eta al cuadrado  $F(1, 26) 4,757 p = 0,038 \eta^2 = 0,155$  (ver Cuadro 2).

Respecto a la relación de la ansiedad y la depresión con las diferentes subescalas del EAT-26 se puede apreciar una correlación de Pearson entre la subescala de dieta y ansiedad de  $r = 0,354 p = 0,047$  lo cual señala una relación significativa entre dieta y ansiedad. En cuanto a dieta y depresión se obtuvo una relación de  $r = 0,149 p = 0,260$ , esta es una correlación baja que resulta no significativa.

En esta misma línea, la escala de bulimia y preocupación por la comida obtuvo una correlación de  $r = 0,195 p = 0,131$ . Asimismo, esta subescala obtuvo una correlación de  $r = 0,260 p = 0,137$  con ansiedad. Ambas relaciones son bajas y no reflejan significancia en cuanto a la relación.

Al tomar la subescala de control oral, se puede apreciar una correlación de  $r = 0,39 p = 0,767$  con depresión, no obstante es destacable la correlación entre esta subescala y la medida de ansiedad la cual obtuvo un índice de  $r = 0,339 p = 0,061$ , esta relación posee un indicador marginal de significación y una correlación alta en comparación a las demás subescalas (ver Cuadro 3).

Finalmente, al trazar correlaciones de los puntajes totales de la medida de depresión ansiedad y trastornos alimenticios se halló una correlación alta y significativa entre trastornos alimenticios y ansiedad  $r = 0,453 p = 0,006$  mientras la relación entre trastornos alimenticios y depresión fue baja y no significativa  $r = 0,150 p = 0,240$ .

Al analizar estos datos, es importante retomar que los puntajes de alfa de Cronbach arrojados para las subescalas del EAT-26 fueron bajos en dos de las subescalas.

## Discusión

A pesar de los puntajes bajos arrojados por la investigación en cuanto a ansiedad, depresión y trastornos alimenticios, es imperante retomar la diferencia de la media en los puntajes del EAT-26 de acuerdo al género. Esto debido al alto puntaje que presentan las mujeres en contraposición a los varones, lo cuales puntuaron más bajo. Este resultado puede resaltar la tendencia de las mujeres a presentar trastornos de bulimia y anorexia y en cambio, los hombres tienden más a la preocupación por la masa muscular como lo señalan Ousley, Cordero y White (2008).

Asimismo, la prevalencia del trastorno es mayor en mujeres según el DSM- IV- TR (APA, 2002) el cual señala que el 90% de las personas que padecen trastornos alimenticios son mujeres mientras la presencia en hombres es diez menor. También este fenómeno se da en la anorexia pues según el DSM- IV- TR (APA, 2002), la prevalencia de este trastorno es de 0,5% en las mujeres mientras en los hombres es aproximadamente una décima parte de la de las mujeres.

Este resultado se ve respaldado por el efecto significativo del sexo sobre el puntaje del EAT- 26 plasmado en los resultados del análisis de MANOVA, donde se aprecia dicho efecto sobre el puntaje concerniente a trastornos alimenticios.

Por otro lado, es importante destacar las diferencias según sexo en ansiedad y depresión, ya que los hombres puntuaron más alto en depresión que en ansiedad. Asimismo, las mujeres puntuaron más alto en ansiedad. Esta última diferencia, resulta congruente con las investigaciones llevadas a cabo tales como la de Cova, Alvial, Aro, Boniffeti, Hernández y Rodríguez (2007). Estos investigadores realizaron un estudio de la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios para lo cual, utilizaron el BDI y el BAI, dicho estudio encontró una diferencia significativa, siendo el puntaje de ansiedad mayor en las mujeres, sin embargo estos investigadores también encontraron mayores puntajes de depresión en las mujeres, cuestión contradictoria con los hallazgos de este trabajo.

En adición a lo anterior, si bien los resultados del análisis MANOVA no arrojó un efecto significativo del género sobre la ansiedad y la depresión, es importante destacar que a nivel estadístico descriptivo si hubieron diferencias. La falta de significancia pudo deberse al tamaño de la muestra, el cual estuvo compuesto de un número pequeño de participantes, más aún si se toma en cuenta, que al realizar los análisis estadísticos se redujo el número de casos para la medida de ansiedad.

Por otro lado, es pertinente destacar la correlación alta y significativa de la subescala de dieta y control oral con la medición de ansiedad. Dicha correlación, puede deberse a la activación de una cognición de huida de una figura temida como lo señalan Toro y Vilardell (1987), esto también puede afirmarse para la correlación alta entre ansiedad y la presencia de trastornos alimenticios en la muestra. De esta

manera, se puede afirmar que hay una tendencia a huir del cuerpo como un “estímulo fóbico”, no obstante esta afirmación no puede ser respaldada dado que, la muestra esta constituida por sujetos no diagnosticados. Empero, sí es factible afirmar que existe correlación entre los trastornos alimenticios y la depresión y la ansiedad.

También, hay que enfatizar, que los puntajes bajos en ansiedad, depresión y trastornos alimenticios eran esperables ya que, como se dijo anteriormente, no es una muestra con alguno de estos trastornos, por esto, es pertinente llevar a cabo investigaciones con sujetos diagnosticados para establecer correlaciones más sólidas y quizás más significativas, así como; puede ser importante ampliar el tamaño de la muestra.

Por último, es destacable la ausencia de un modelo explicativo de los trastornos alimenticios, por esto, puede ser trascendental tratar de fijar modelos explicativos de cómo interactúa la depresión y la ansiedad con los trastornos alimenticios.

## Referencias

- Arnau, R., Meagher, M., Norris, M., & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association*, 20(2), 112-119. Recuperado el 13 de octubre, 2008 de la base de datos MEDLINE.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002) DSM IV-TR. *Manual de diagnostico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Masson, España
- Baptista, P; Fernández, C y Hernández, R (2006) *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc. Graw Hill, México
- Brytek-Matera, A. (2008). Mood and emotional symptoms in eating disordered patients. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 10(2), 65-71. Recuperado el 20 de agosto, 2008, de la base de datos Academic Search Complete.
- Berrios, G; Bulbena, A; Fernandez, P (2000) *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Elsevier, España.
- Claudia Cruzat; Patricio Ramírez; Roberto Melipillán; Paula Marzolo; (2008) Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *PSYKHE* ,17, 1, 81-90 Recuperado el 15 de agosto, 2008 de la base de datos Scielo.

- Cova, F; Labial, W; Aro, M; Bonifetti, A; Hernández, M y Rodríguez, C (2007) Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25,2, 105-112 Recuperado el 15 de agosto, 2008 de la base de datos Scielo.
- Mintz, L., & O'Halloran, M. (2000). The Eating Attitudes Test: Validation With DSM--IV Eating Disorder Criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74(3), 489. Recuperado el 29 de octubre del 2008, de la base de datos Academic Search Complete.
- Organización Panamericana de la Salud (2004) *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. Ministerio de Salud , San José.
- Ousley, L., Cordero, E., & White, S. (2008, May). Eating Disorders and Body Image of Undergraduate Men. *Journal of American College Health*, 56(6), 617-622. Recuperado el 20 de agosto, 2008 de la base de datos Academic Search Complete.
- Sanz, J (1993) Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 9, 2, 133-170. En [http://www.um.es/analeps/v09\\_2/02-09\\_2.pdf](http://www.um.es/analeps/v09_2/02-09_2.pdf).
- Schwitzer, A., Hatfield, T., Jones, A., Duggan, M., Jurgens, J., & Winninger, A. (2008, May). Confirmation Among College Women: The Eating Disorders Not Otherwise Specified Diagnostic Profile. *Journal of American College Health*, 56(6), 607-616. Recuperado el 15 de agosto, 2008 de la base de datos Academic Search Complete.
- Toro J y Vilardell, E (1987) *Anorexia Nerviosa*. Ediciones Martínez Roca, Barcelona, España.
- Umaña, M (2006, marzo) Aumentaron enfermedades mentales en niños y jóvenes. [Versión Electrónica] *Diario Al Día*. Recuperado el 30 de noviembre, 2008 de [www.aldia.cr/ad\\_ee/2006/marzo/03/nacionales0.html](http://www.aldia.cr/ad_ee/2006/marzo/03/nacionales0.html)