

XIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE

Granada., 24- 25 octubre 2003

Segunda Mesa Redonda. LA PIEL DEL ADOLESCENTE

INTRODUCCIÓN

Gabriel Galdó Muñoz

Catedrático de Pediatría (Pediatría Social y Adolescencia). F. de Medicina de Granada

Los adolescentes con sus peculiares características biopsicosociales preocupados por el hoy, por su imagen y sus relaciones con los pares, dan una gran importancia al aspecto físico.

Lucir bien, agradable, bello, no es sólo propio de los humanos, ese mismo deseo existe en otros organismos como las plantas o los animales, variando entre las diferentes especies. Así como existen diferentes estándares de belleza tanto en los hombres tipificados con unos brazos fuertes, unos hombros anchos, un abdomen plano y bien marcado, como también el estándar en una mujer de unos senos protuberantes y unas caderas bien marcadas, igualmente sucede en otros animales como: la cola de los pavos reales, los colores extravagantes y exóticos de muchos peces y aves, la elegancia que ofrece la postura anatómica de un cisne, etc.

Una apariencia atractiva es considerada por los adolescentes como sinónima de éxito y, por el contrario, una apariencia poco satisfactoria es sinónimo de fracaso. Lucir bien se ha convertido en el estándar de oro de la sociedad, estar satisfecho con su cuerpo es estar satisfecho con la propia persona. Muchos adolescentes piensan que mejorar la imagen corporal no es mejorar sólo la apariencia, sino que mejora las relaciones personales con el cuerpo, las creencias, las percepciones, los pensamientos y acciones que pertenecen a la apariencia física y ésta afecta la vida de muchos respecto a la relación con los demás, los sentimientos de autoestima, los sentimientos de autoconfianza, atracción al sexo opuesto y el éxito.

La piel, capa externa que recubre el cuerpo del ser humano, ofrece por ser parte importante en el aspecto físico, adquiere gran importancia en este periodo de la vida, en unas ocasiones favorablemente y en otras de forma negativa, pudiendo intervenir en la autoimagen, la autoestima y un buen desarrollo de la personalidad. Por ello consideramos de gran interés que los aspectos mas principales relacionados con ella puedan ser tratados en este Mesa Redonda, ya que el equipo multidisciplinario que asiste a adolescentes debe conocer sus implicaciones.

La imagen corporal. Incluye la forma en la cual nos percibimos a nosotros mismos, como nos sentimos en nuestros cuerpos y como nos sentimos con nuestros cuerpos

Los recién nacidos desarrollan el sentido de la realidad conociendo el mundo interno de sensaciones corporales y relacionándolo con el mundo exterior. Hacia el segundo año de vida, aproximadamente 65% de los lactantes ya reconocen su imagen en el espejo. Las experiencias corporales de los niños son el centro del mundo de éstos y colorean todas sus percepciones. El

hecho de que muchas personas tengan un conocimiento incompleto de su cuerpo puede tener su origen en esta época del desarrollo. A los 2 años muchos niños tienen ya conocimiento propio, pueden reconocer físicamente su reflejo en el espejo, comienzan a percibir cómo los demás ven su apariencia. Hay preescolares que ya saben cómo la sociedad ve algunas características físicas (la pequeña Cenicienta se ganó al hermoso príncipe al que sus hermanastras y madrastra que eran feas perdieron). El niño entre los tres y seis años de edad desarrolla su autoestima al diferenciar su yo de su no yo mediante el negativismo y al ir dominando actividades tanto motrices como cognitivas. Esta etapa involucra la expansión del yo por medio de la negociación de las fases oral y anal y el desarrollo de la identidad de género. Mientras que la realización de tareas más complejas, la aprobación paterna, la identificación con cualidades y papeles o roles de los padres, las nuevas relaciones con otros niños y maestros sirven para el desarrollo de la autoestima en el niño de edad escolar.

Los cambios corporales, con las numerosas variaciones individuales que se producen en el periodo de la adolescencia son bien conocidos (p. ej. antes de la pubertad el cuerpo de las mujeres tiene de 10 a 15% más grasa que el de los varones, para pasar tras ella a un 20 a un 30 %). Tabla I.

Para los adolescentes tener el cuerpo y el aspecto correcto, usar la ropa adecuada, llevar un determinado peinado, etc., son más importantes que el álgebra, la geometría y las ciencias, y cuando comienza la maduración es cuando se empiezan a notar los cambios en la percepción del desarrollo de su imagen corporal.

La maduración física acerca a los varones jóvenes hacia el ideal masculino, mientras que para la mayoría de las chicas las aleja de lo que, en la actualidad, se considera como un cuerpo femenino bello. En general y puesto que el aspecto delgado prepubescente para las mujeres y alto y musculoso para los varones, no es de sorprender que las adolescentes manifiesten menor autoestima y mayor insatisfacción con su imagen y su peso corporal que los chicos.

Los egipcios, los romanos, los griegos, las culturas indígenas, los conquistadores (Ponce de León) entre otros, hicieron lo imposible por obtener la y mantener la belleza y la juventud. Las pinturas de Tiziano, y Rubens muestran cómo la sociedad de esas épocas veneraba los cuerpos grandes, gruesos y redondeados que parecían fértiles y sanos. Darwin en 1871, fue el primero en pensar profundamente y a escribir sobre los estándares de la belleza en los humanos. Apreció que la belleza está relacionada con la simetría. Cuanto más proporcionada sea la cara y exista más simetría en el cuerpo más es la apreciación hacia la belleza. En algunas personas los pómulos son demasiado planos, el mentón muy retraído, el abdomen protuberante o la nariz muy grande, creando una desproporción y una impresión poco atractiva. La forma en que encajan el lado derecho e izquierdo de la cara y el cuerpo determina cuán atractivos son para los demás. ¿Qué determina esta simetría? Naturalmente la genética y el origen racial que expresan la forma de la cara, a través de los huesos y los cartílagos, la distribución de los músculos y la grasa y todavía muy importante aún, cómo la piel y el tejido subcutáneo se envuelve o se extiende sobre los huesos y cartílagos. Ciertas costumbres como el uso de corsé, con las consecuentes dificultades respiratorias, estreñimiento y tendencias hacia la indigestión, hacen ver cómo en todas partes del mundo y en todos los tiempos las mujeres han percibido sus cuerpos como imperfectos. Aun en la actualidad persisten culturas en donde la acumulación de grasa en estómago, caderas y piernas simboliza la riqueza, la fertilidad y la salud.

Desde finales del siglo XIX, la figura ideal pasó de una forma robusta hasta una tubular, con una marcada reducción en el peso y en general en las medidas corporales. La población moderna imita, de los antepasados, la preocupación por el aspecto físico, pero la tecnología ha logrado que esas preocupaciones alcancen actualmente cuotas muy altas. La glorificación tanto de la delgadez en la mujer como de la corpulencia en el varón no es más que resultado de una modificación de la figura ideal. Muchos relacionan estos ideales corporales con:

1. Estar sanos y en forma
2. Poseer autocontrol y la habilidad para resistir la tentación
3. Tener la dedicación y la determinación para vencer las necesidades biológicas y castigar el cuerpo hasta ponerlo en forma
4. Ser bueno
5. Ser un varón o una mujer con éxito

El cuerpo femenino ideal, glorificado por la cultura actual, corresponde esencialmente al de una niña casi púber de espaldas amplias, caderas estrechas, estómagos planos y piernas largas. El ideal es aún más distorsionado al agregar mamas grandes: una imposibilidad anatómica. Ello se traduce en que a medida que muchas chicas maduran en forma normal, cuando sus caderas se redondean, sus estómagos se ven más llenos y sus mamas adquieren un tamaño propio, sus cuerpos se alejan más y más del ideal.

El gran problema es que la mayoría de las mujeres no son, ni serán nunca, tan delgadas como las imágenes que se presentan como deseables en nuestra sociedad. Los requisitos mínimos para la clase de modelo que aparece en vallas publicitarias es una altura de un metro setenta y tres y una talla 36 o 38. La altura y las proporciones de una mujer están en gran medida determinadas genéticamente, lo mismo que su peso. Eso no quiere decir que no haya variaciones considerables provocadas por influencias medio-ambientales. Con una buena nutrición, las mujeres son más altas, tienen pies más grandes, maduran antes físicamente y pesan más que nunca. Sin embargo, en circunstancias normales es imposible hacer cambios radicales permanentes en las proporciones del cuerpo.

La mujer joven de hoy se halla atrapada por una ráfaga de mensajes contradictorios en relación con el cuerpo y la feminidad. Por una parte se estimula su independencia, su orientación académica y laboral y el alcanzar logros, dejando atrás la imagen de la mujer vulnerable, dependiente, anti-intelectual, que se ocupa solamente del cuidado del hogar; debe desarrollar buenas relaciones con los varones, estar muy consciente de su cuerpo y la moda, involucrarse con la comida y el cocinar. Esta mezcla de mensajes contradictorios deja a la mujer moderna bajo una gran presión para ser como mamá, pero mejor que la madre, competir con los varones para complacerlos, ser poderosa en cuanto al autocontrol, y al vez indefensa como objeto de deseo. Muchas mujeres jóvenes relacionan el hacer dieta, tener una excesiva conciencia sobre su peso, restringir su apetito así como controlar su ingestión de comida con el hecho de ser buena mujer. El tener sobrepeso puede traer graves consecuencias para la salud. Ello no quiere decir que la grasa corporal sea irrelevante para la salud o apariencia. Se pretende enfatizar que existen dos factores relacionados con los trastornos de la alimentación: primero, el intenso deseo de estar delgada y segundo, el terror a estar gorda, que son extensiones de prejuicios que ocupan un lugar central en de la cultura occidental.

En una cultura donde la delgadez es glorificada en la mujer y los músculos grandes en el varón, la grasa corporal genera miedos irracionales que a su vez producen: preocupación excesiva por el peso, dietas frecuentes, insatisfacción con el cuerpo y mitos irracionales.

Rosenberg enfatiza la influencia que ejerce la interacción interpersonal, la identidad social, el contexto social y las instituciones sociales en la formación del yo, y afirma que aunque el concepto del yo se encuentra ubicado en el mundo interno de los pensamientos y la experiencia, los factores sociales desempeñan un papel central en la formación de la autoestima. La imagen corporal es una foto mental que se tiene de la apariencia del propio cuerpo unida a actitudes y sentimientos respecto de esa imagen. Esta última contribuye al desarrollo de la autoestima y, por lo mismo, contiene componentes afectivos y perceptivos del yo que pueden verse alterados como resultado del desarrollo mismo, de una reacción a estímulos específicos o de una serie de circunstancias dadas.

La insatisfacción de la imagen. Aunque han ocurrido profundos cambios en los últimos 30 años, las mujeres jóvenes sumergidas entre la idealización de la delgadez y el autocontrol rígido se convierten en terreno fértil para la aparición en ellas de insatisfacción corporal y, sobre todo, de control o descontrol en los patrones alimentarios. De manera más específica, esta orientación hacia la imagen corporal (externa) hace a las jóvenes vulnerables a una mayor desorganización emocional y sentimiento de vacío, que de por sí son características de esta fase de desarrollo. Esto a su vez estimula la búsqueda de soluciones inmediatas para el manejo de los problemas o el de la angustia, como la dramática pérdida del peso o la voracidad en el consumo de alimentos. Wooley y Kearney Cooke sugieren dos cambios culturales que influyen para que la mujer joven contemporánea tenga una visión más negativa de su cuerpo que en otro tiempo en la historia:

a) el primero relacionado con el hecho de que ésta es la primera generación de mujeres expuestas desde la infancia a una preferencia por cuerpos delgados y a ser criadas por madres que rechazan sus propios cuerpos, madres que están preocupadas por el tamaño del cuerpo de sus hijas desde que nacen.

b) el segundo se relaciona con la negativa a adoptar el papel femenino tradicional de ama de casa y el cuerpo que se vincula con éste. Una mayor aceptación del papel paterno y de su integración en el mundo del trabajo estimula la aceptación de un cuerpo más masculino. Una posible explicación del significado simbólico que acompaña la búsqueda de la delgadez en los trastornos de la alimentación incluye un deseo por tener una forma masculina, en la búsqueda por el éxito en el mundo dominado por el varón. Un deseo por mantener el autocontrol en un mundo que se vive carente de organización y en una forma extrema, el regreso a un estado infantil para evitar las atemorizantes responsabilidades de la edad adulta.

Cuando durante la infancia y la adolescencia reciben críticas acerca de la apariencia se pueden generar efectos negativos en el desarrollo de la apariencia e imagen corporal. Las burlas en la escuela (orejas exageradamente grandes, nariz demasiado pronunciada, presencia de vello en las chicas, exceso de peso, o senos grandes o planos, etc.). Aquellas niñas a quienes los pechos, las caderas o la nariz se les desarrolla antes que a sus amigas en el colegio, si no están conscientes de esta nueva forma de verse mujer, pueden llegar a sentirse grotescas. Igualmente los adolescentes que no crecen tan rápido como sus amigos, empiezan a sentir preocupación. Por eso la adolescencia es un tiempo difícil para la imagen corporal. Durante la adolescencia sentirse

adecuado depende de la apariencia que se piensa que los demás tienen de sí mismo. Un factor importante es el acné facial en la adolescencia. Un estudio realizado en 1996 determinó que el 74% de los adolescentes con acné facial moderado tuvieron daños negativos en su imagen corporal y el 43% indicaron que había afectado su vida social negativamente. Silverstein, en mujeres entre 13 y 30 años de edad con peso normal se encontró que el 70 % de éstas constantemente se preocupaba por tener sobrepeso; un 70 % quería estar delgada; un 70 % disfrutaba al bajar de peso, y durante la aplicación del estudio, un 50 % se encontraba a dieta para reducir el peso e incrementar, según ellas, su atractivo. En el año 1996 el 43 % de los hombres y 56 % de las mujeres no estaban contentos con su apariencia en general y querían un cambio en su aspecto físico. Estas cifras revelan la tendencia en los últimos años en la sociedad y la forma en cómo se valora cada día más, tratar de estar en forma y lucir mejor, por lo que actualmente . Cada día es mayor el interés por realizar cualquier tipo de modificación estética para mejorar sus rasgos físicos y su imagen personal.

La insatisfacción de la propia imagen puede ocasionar:

1. Bajos niveles de autoestima. El 25 % al 40 % de la autoestima está relacionada con la imagen personal negativa o positiva.

2. Ansiedad. Una imagen corporal negativa crea problemas interpersonales de ansiedad, además se genera la percepción de estar fuera de lugar en cualquier interacción social. Debido a una imagen corporal negativa, se tiene miedo al contacto social y puede tener repercusión en las relaciones sexuales (al sentir el cuerpo desnudo como feo, inaceptable), lo que condiciona ansiedad. La atención se centrará en observar como se ve el cuerpo en lugar de disfrutar la propia experiencia.

3. Depresión. En ciertos casos, una pobre imagen corporal puede originar depresiones; éstas le hacen detestar la manera como lucen y condicionan la aparición de pensamientos de desesperanza, (la persona entra en círculo vicioso convirtiéndose en una máquina de autocrítica).

4. Trastornos alimentarios. Una imagen corporal negativa puede ocasionar desórdenes en la alimentación como la anorexia nerviosa, la bulimia, vigorexia, ortorexia o síndrome de temor a la obesidad.

El entorno. Muchos padres de familia y maestros imparten al niño el mensaje de que el cuerpo es algo sospechoso, con ciertas partes que no se deben ni tocar ni mencionar. Esto provoca que en algunas personas, las experiencias corporales estén muy malentendidas o cargadas de culpa. Los padres no son los únicos que favorecen la conciencia y la preocupación por el cuerpo en las hijas. Las amistades, los vecinos y los maestros también, por medio de comentarios y predicciones por lo que con este tipo de comentarios, no es difícil entender por qué las niñas buscan el atractivo físico. En la infancia, en especial las niñas, desde muy pequeñas aprenden a preocuparse por su aspecto, A menudo descubren que una de las funciones como mujer es adornar el ambiente y servir como un objeto estético.

En la revista Times se publicó un artículo llamado "Jugando a los concursos de belleza", donde se expone la existencia, en Estados Unidos, de alrededor de 500 concursos de belleza anualmente para niños y adolescentes, lo que significa que se dedica casi 1.5 día al año exclusivamente a

explotar la imagen de niños y preadolescentes. En estos concursos, como si fuera una ilusión óptica, las participantes aparecen como mujeres en miniatura. Niñas que extrañamente se ven como adultas y también actúan como tales. Frágiles y pequeños cuerpos con grandes e invitantes ojos delineados, capas de maquillaje aplicadas por profesionales, pelo pintado y peinado de salón desfilando por la pasarela con vestidos largos, capas y zapatos de tacón.

La publicidad. El cambio de la figura ideal ha sido respaldado y sobredimensionado por la industria de la publicidad, que nos enseña a querer cosas y nos educa sobre lo que debemos desear. Las imágenes pueden agrandar y ampliar nuestras fantasías y deseos individuales, pero no crearlos de la nada. Nos informan del sistema de valores que ya tenemos. Si compramos cosas y creamos nuestras vidas a imagen de los anuncios, seremos felices. Entonces la creación de la imagen personal se vuelve enormemente importante, incluso la cosa más importante de la vida. El mercado de la belleza se ha convertido en un gran negocio, es una industria multimillonaria.

Esta actitud se fomenta sobre todo con respecto a la apariencia física. Hace décadas que la gente dejó de comprar la ropa principalmente para satisfacer la necesidad de calor y decencia. Por supuesto, nunca se la compró sólo para esos propósitos. La historia de la vestimenta, como forma de exteriorización es casi tan vieja como la raza humana, pero cuando la calefacción central nos mantiene calientes y el aire acondicionado nos mantiene frescos, la función utilitaria de la ropa disminuye. Podemos usarla casi exclusivamente para exteriorizar, y eso es lo que hacemos. Así que los detalles más mínimos de la ropa se vuelven importantes: como la marca, que no tiene que ver con el uso o la función de la ropa, pero sí con la creación de imagen.

Además, es importante tener en cuenta que la creación de la imagen anunciada no sólo tiene que ver con la satisfacción privada y personal, sino que proporciona una versión del yo que nos da valor y aceptación entre nuestros pares. Estas imágenes difieren según el sexo, la edad y la clase social, pero son muy fuertes dentro de cada grupo. El resultado es que las personas del mismo grupo parecen estar de uniforme. El impulso de poseer una imagen aceptable es fuerte. Ser aceptado y aceptable es una de las necesidades humanas más básicas. Se equipara tener buen aspecto con ser bueno, de manera que la virtud y la imagen se transforman en la misma cosa.

Los puestos de revistas se encuentran inundados de fotos de varones y mujeres adultos dedicados a destacar la apariencia, el estilo, la belleza, el cabello y la ropa y actualmente los peinados, las pinturas, los tatuajes, los piercings y otras modas. También, existe una cantidad casi similar de revistas de este tipo para los adolescentes y hasta para niños.

La identidad es un tema muy complejo, se moldea por medio de símbolos e imágenes omnipresentes, muchas de las cuales se encuentran fragmentadas y son contradictorias, como consecuencia, es importante que los jóvenes desarrollen una actitud crítica hacia la publicidad. A esto se agrega que los varones, cada día se encuentran bajo una mayor presión para definirse con base en el cuerpo. revistas deportivas y para chicos promueven una figura musculosa y atlética mediante una corriente que incluye artículos y anuncios de equipo deportivo, ropa y cosméticos. Una gran cantidad de películas unen la imagen de un varón atractivo con la violencia, dominio social y gratificación sexual inmediata. Todo ello hace que los jóvenes se vean muy influidos por todos estos mensajes y pueda afectar a su autoimagen. Como consecuencia de ello un 15% de los menores de 20 años acuden a ella, de los que el 85% son chicas. De este total, entre un 15 y un

20% son menores de edad. Las operaciones para arreglo de las mamas y las liposucciones han ido sustituyendo de forma progresiva a las habituales de nariz y orejas.

Los médicos. Como profesionales de la salud y por el privilegio que tienen del contacto con los niños y jóvenes, poseen la oportunidad de hacer accesible a muchos niños, jóvenes y adultos, una información más realista acerca del cuerpo. También es responsabilidad del médico sostener conversaciones con los padres, informarles los nuevos descubrimientos en el campo de las dietas y demás hábitos y costumbres de los adolescentes y sus posibles efectos perjudiciales. Es importante sugerirle a los padres y, en especial a las madres, que sean menos críticos con el aspecto físico de sus hijos, así como recomendarles que controlen los regímenes aberrantes de alimentación que pueden establecer los adolescentes con el propósito de alcanzar cuerpos delgados y perfectos.

También orientar a los adolescentes en el conocimiento de su cuerpo y a desarrollar una visión realista y positiva sobre el mismo, que sea menos crítica y que se centre en las partes que les gustan del mismo. Y naturalmente el diagnóstico temprano de los procesos patológicos y su abordaje es de la mayor importancia antes de que pueda lesionar la imagen física y ocasione un daño mayor.

Tabla I.- Aspectos que forman parte importante del aspecto físico

En sentido absoluto

El tamaño

Las formas

Las proporciones

En sentido relativo

El grado de desarrollo

En general

El aspecto

Los problemas en la piel

Los aditamentos-modas

Tabla II: Ideales corporales

1. Estar sanos y en forma
2. Poseer autocontrol y la habilidad para resistir la tentación
3. Ser capaces de vencer las necesidades biológicas y castigar el cuerpo hasta ponerlo en forma
4. Ser bueno
5. Ser un varón o una mujer con éxito

ACNÉ

M^a Teresa Gutiérrez Salmerón, Rosa M^a Ortega del Olmo
Prof^{as} Titulares de Dermatología. F. de Medicina de Granada

DEFINICIÓN

Enfermedad inflamatoria crónica del folículo pilosebáceo, caracterizada por la aparición de comedones, pápulas y pústulas, seguidos de nódulos y quistes, y como secuela cicatrices deprimidas o hipertróficas.

Su **importancia** radica en:

Incidencia: es una de las dermatosis más frecuentes, tan común que en ocasiones se ha considerado fisiológica. Representa el 20% de las consultas dermatológicas y afecta al 80% de los adolescentes.

Evolución: polimorfa, con lesiones que varían desde pequeños elementos comedonianos o papulosos que tan sólo causan ligera inquietud en los adolescentes, hasta severas lesiones nódulo-quísticas, origen de extrema ansiedad. Caprichosa, con curso imprevisible y respuesta terapéutica variable

Etiopatogenia: misteriosa, habiendo suscitado múltiples controversias sus teorías etiopatogénicas.

Alteraciones psíquicas: aunque las formas leves pueden no constituir más que un pequeño problema cosmético, las lesiones extensas y severas producen a los pacientes graves repercusiones

psicológicas que pueden conducir a importantes problemas emocionales, sociales e incluso laborales.

Repercusión económica: la aparición en la adolescencia, época en la que existe una mayor necesidad de relación y aceptación personal, unido a la lentitud de la respuesta terapéutica, hace que los pacientes consulten de forma frecuente y múltiple, iniciando tratamientos diversos, con la consiguiente multiplicación de los gastos.

EPIDEMIOLOGÍA

A veces presente en el nacimiento, también puede aparecer en la primera infancia, aunque habitualmente comienza en la adolescencia y puede constituir una de las manifestaciones tempranas de la pubertad. Su frecuencia aumenta desde la mitad de la adolescencia, siendo la edad de mayor incidencia y severidad la comprendida entre los 16-18 años para las mujeres y los 18-19 para los varones, con atenuación progresiva a partir de entonces hasta desaparecer espontáneamente hacia los 22-24 años. No obstante, sobre todo en mujeres, el acné puede persistir hasta la tercera década o más, e incluso comenzar a esa edad.

Probablemente familiar, asienta sobre un estado seboreico constitucional. El factor genético determinaría el tamaño y capacidad funcional de las glándulas sebáceas, lo que condiciona el comienzo y severidad del acné.

ETIOPATOGENIA

Aunque la causa básica del acné permanece desconocida, se considera un **proceso multifactorial**, en el que intervienen cuatro factores fundamentales:

- I.- Aumento de la producción de sebo
- II.- Alteración de la queratinización folicular
- III.- Colonización microbiana
- IV.- Inflamación

I.- Aumento de la producción de sebo:

La actividad de las glándulas sebáceas es un requisito indispensable para la aparición del acné, que coincide cronológicamente con el desarrollo y actividad secretora de éstas en la pubertad, bajo estímulo hormonal, fundamentalmente androgenético. La secreción sebácea varía cuantitativa y cualitativamente con la edad, así:

- a) **Alteraciones cuantitativas:** la secreción sebácea es importante en el nacimiento, probablemente por influjo de las hormonas maternas, transmitidas transplacentariamente, disminuye y permanece en sus niveles más bajos entre los 2 y los 8 años, para volver a elevarse en los chicos entre los 14 y los 15 años y en las niñas entre los 10 y los 15, coincidiendo con la aparición del acné. Estos valores elevados se mantienen toda la vida en los varones, disminuyendo ligeramente en las mujeres tras la menopausia. Los pacientes acnéicos excretan mayor cantidad de sebo que los pacientes normales y el nivel de excreción está directamente relacionado con la severidad del acné. No obstante, la producción de sebo varía considerablemente de unos pacientes a otros e incluso permanece

elevada tras la resolución del acné, por lo que este aumento cuantitativo es sólo uno de los mecanismos etiopatogénicos.

- b) Alteraciones cualitativas:** en condiciones normales el sebo sintetizado en las glándulas sebáceas está compuesto fundamentalmente por triglicéridos, sin presencia de ácidos grasos libres. Al comienzo del acné aumentan considerablemente los ácidos grasos libres por hidrólisis de los triglicéridos bajo la acción de las lipasas bacterianas procedentes del *propionibacterium acnés*. Estos ácidos grasos producen una reacción irritativa en la pared del folículo pilosebáceo, con alteración de la queratinización folicular, inicio de la comedogénesis.

II.- Alteración de la queratinización folicular:

El primer cambio patológico registrado en el acné es una alteración en el proceso normal de queratinización en la zona inferior del folículo, cuyo resultado final es la formación del comedón. En condiciones normales, la queratina de esta zona inferior del folículo está flexiblemente organizada, con una capa córnea delgada, poco coherente, con unas células queratinizadas frágiles que descaman fácilmente y son expulsadas al exterior junto con el sebo. En los primeros estadios del acné se observa una alteración de la queratinización infrafolicular con aparición de fuertes células queratinizadas que comienzan a adherirse entre ellas y dan lugar a una masa que crece continuamente, formada por corneocitos, bacterias, restos de pelo y lípidos degenerados, origen del microcomedón, lesión inicial del acné e inicio de todas las demás lesiones.

III.- Colonización microbiana:

El acné no es una enfermedad infecciosa, aunque la colonización bacteriana tiene un papel fundamental en su patogenia, a través del *propionibacterium acnés*, germen anaerobio que en condiciones normales se encuentra en escasas cantidades en la zona inferior del folículo pilosebáceo y que experimenta un aumento significativo durante la adolescencia relacionado con las alteraciones cuantitativas y cualitativas en la producción de sebo, que estimulan su crecimiento.

El *propionibacterium acnés* libera diversas sustancias, muy importantes en el desarrollo del acné, como:

- Lipasas, capaces de transformar los triglicéridos en ácidos grasos libres, comedogénicos e irritantes
- Proteasas, con capacidad para degradar los queratinocitos
- Hialuronidasas que alteran el cemento intercelular
- Sustancias quimiotácticas, de gran importancia en el proceso inflamatorio

IV.- Desarrollo del proceso inflamatorio:

La inflamación no es causada por bacterias, sino que resulta de mediadores biológicamente activos que, tras ser producidos por el *p. acnés*, se difunden desde el folículo, entre los que se encuentran:

- a) Factores quimiotácticos: el *p. acnés* produce dos:

- Primer factor, de bajo peso molecular, capaz de difundir a través de la pared folicular, siendo quimiotáctico para los neutrófilos que se difunden probablemente a través del epitelio alterado de los folículos pilosebáceos, ingiriendo *p. acnés* que liberan enzimas hidrolíticas:

- Proteasas que atacan y degradan los queratinocitos
- Hialuronidasas que alteran el cemento intercelular, lo que conduce a la ruptura folicular y posterior desarrollo de lesiones inflamatorias

- Segundo factor quimiotáctico, de mayor peso molecular, cuya salida es favorecida por la ruptura inicial de la pared folicular y que contribuye a su ruptura total, lo que permite la salida de todo el contenido folicular, seguida de una reacción inmunitaria tipo cuerpo extraño.

b) Sustancias “prostaglandinas like”, con posible intervención de algunos metabolitos del ácido araquidónico, lo que explicaría el efecto beneficioso de los antiinflamatorios no esteroideos.

CONTROL HORMONAL DEL ACNÉ

El principal nexo de unión entre hormonas y acné está representado por el sebo, producido por las glándulas sebáceas bajo la influencia de los andrógenos, quienes actúan sobre el folículo pilosebáceo para mantener un nivel fisiológico de seborrea y cuyas modificaciones cualitativas y cuantitativas son responsables del acné, aunque éste, incluso en los casos severos, generalmente no se acompaña de otros marcadores de hiperandrogenismo, lo que explica que son precisos otros factores, además del aumento de andrógenos, para la aparición del acné.

Los andrógenos más importantes que circulan en sangre periférica son la testosterona (T), la androstenediona (A), la dihidroepiandrosterona (DHEA) y su forma sulfatada, la dihidroepiandrosterona-sulfato (DEA-S). Todos ellos al llegar a la piel son transformados en T y ésta, en las glándulas sebáceas y por la acción de la 5-alfa-reductasa, es reducida a dihidrotestosterona (DHT), verdadera forma activa de los andrógenos, capaz de estimular la actividad metabólica y proliferativa de las glándulas sebáceas con el consiguiente aumento de la producción de sebo. Así pues, el metabolismo de los andrógenos a nivel cutáneo depende fundamentalmente de la actividad de la 5-alfa-reductasa, actividad variable según los territorios cutáneos, lo que explica las zonas preferentes de aparición del acné, habiéndose observado además que la piel de los pacientes acnéicos tiene una actividad de 5-alfa-reductasa entre 5 y 20 veces superior a la piel normal.

OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DEL ACNÉ.

Existen diversos factores que pueden agravar o favorecer la aparición del acné, entre los que se encuentran:

- **Fase premenstrual:** el 70% de las mujeres experimentan empeoramiento en el número y volumen de las lesiones acneiformes entre 2-7 días antes de la menstruación, debido a la posible acción frenadora de los estrógenos sobre las glándulas sebáceas y a la retención de líquidos que originan un aumento de la hidratación y engrosamiento del ducto pilosebáceo, con la consiguiente retención de sebo.
- **Sudor:** la sudoración excesiva también ocasiona empeoramiento del acné, probablemente por aumento de la hidratación ductal.

- **Exposición solar:** aunque la exposición solar parece mejorar el acné al secar las lesiones existentes, esta mejoría es sólo transitoria y va seguida de un empeoramiento no detectable clínicamente hasta 2-3 meses después, debido a que las radiaciones ultravioleta aumentan el poder comedogénico del sebo.
- **Dieta:** desde hace mucho tiempo ha quedado probado que ningún tipo de alimentos empeora el acné, aunque, en sujetos obesos, un régimen hipocalórico puede mejorarlo al modificar la tasa de excreción de sebo, probablemente por acción de la insulina.
- **Tensión emocional:** los estados de tensión emocional y fatiga ocasionan empeoramiento del acné, debido a la liberación de ACTH a nivel hipofisario, que favorecería la liberación de andrógenos suprarrenales.
- **Profesión:** se observa empeoramiento del acné en todas aquellas profesiones que se desarrollan en ambientes húmedos, con aumento de la hidratación ductal.
- **Medicamentos:** los corticoides, tópicos o sistémicos, pueden causar aumento de la queratinización ductal. Los andrógenos, gonadotrofinas y corticotrofina pueden inducir acné en el adolescente. También los anticonceptivos orales y las drogas antiepilépticas pueden inducir acné.

EVOLUCIÓN DE LOS ELEMENTOS ACNÉICOS.

La lesión inicial del acné es el **microcomedón**, debido a un trastorno de la queratinización de la zona inferior del folículo pilosebáceo, por:

- Hiperproducción de células córneas
- Hiperqueratosis de retención, por la que estas células córneas comienzan a adherirse y, en lugar de progresar ordenadamente hacia la superficie, forman una masa compacta

Ello da lugar a un adelgazamiento y abombamiento de la pared folicular por acúmulo de material queratinoso que se dispone de forma concéntrica y en el que también se observan lípidos, bacterias y restos de pelo, constituyendo todo ello el microcomedón que puede evolucionar hacia dos formas diferentes:

- a) **Comedón abierto:** el acúmulo de queratina fuerza el ostium folicular a dilatarse, con salida de la masa córnea hacia la superficie, donde se observa de color negro, constituyendo una estructura biológica relativamente estable, ya que al permanecer abierto, la masa de queratina progresa lenta y regularmente hacia la superficie del folículo, por el que se erosiona constantemente.
- b) **Comedón cerrado:** al no poderse evacuar la queratina origina dilatación y posterior ruptura de las paredes del folículo, por lo que es el precursor de las grandes **lesiones inflamatorias**:
 - **Pápulas:** por pequeñas rupturas de la pared folicular que permiten la salida de sustancias quimiotácticas, con aparición de infiltrados linfocitarios dérmicos en las lesiones precoces.
 - **Pústulas:** tras la ruptura completa de la pared folicular, con salida de nuevas sustancias quimiotácticas que determinan la llegada de polinucleares neutrófilos que rodean el folículo.
 - **Nódulos:** tras lesiones inflamatorias mayores y más profundas, con irrupción en dermis profunda de material queratinoso, sebo, pelo y gérmenes, que ocasionan la llegada de macrófagos y células gigantes de cuerpo extraño.

- **Quistes:** por encapsulación del material inflamatorio, completa o incompleta, con posibilidad de nuevas rupturas o formación de trayectos fistulosos.

CLÍNICA

La localización del acné es muy característica, en aquellas zonas ricas en folículos pilosebáceos voluminosos: cara (mentón, mejillas, zona peribucal y frente), hombros y zona superior de tronco. Generalmente comienza en la cara, donde puede quedar confinado o extenderse de forma simétrica a todos los territorios afectados.

La erupción es polimorfa, de ahí el nombre de acné polimorfo juvenil, debido a la aparición, en proporciones variables, de varios tipos de lesiones, aunque puede predominar cualquiera de ellas.

Las lesiones pueden ser:

a) **Lesiones no inflamatorias:** constituidas por los comedones, lesión inicial y esencial del acné, en cuya ausencia es difícil mantener un diagnóstico de acné y que pueden ser:

- **Comedones abiertos:** aparecen al comienzo del acné, como una lesión aplanada o ligeramente elevada, con un patrón central de queratina de color negro.
- **Comedones cerrados:** difíciles de visualizar, son pequeñas pápulas pálidas, de color blanco-amarillento, más palpables que visibles, engastados en la dermis, con elevación de la epidermis subyacente, cuyo estiramiento ayuda a visualizarlos. No guardan comunicación aparente con la superficie cutánea y tienen una gran importancia clínica, pues son los precursores de las grandes lesiones inflamatorias.

b) **Lesiones inflamatorias:** todas ellas muestran infiltrado inflamatorio dérmico, dependiendo el aspecto clínico de la importancia y localización del infiltrado. Están constituidas por:

- **Pápulas:** elevaciones cónicas, eritematosa, ligeramente dolorosas, que aparecen por brotes. El infiltrado afecta a la dermis superficial, pudiendo originar pequeñas pústulas foliculares superficiales que se rompen o desecan en 2-5 días, desapareciendo.
- **Pústulas:** son en realidad pápulo-pústulas voluminosas, con infiltrado que afecta la dermis profunda. Más lentas en reabsorberse y evacuarse, entre 1 y 2 semanas, dependiendo de la profundidad del infiltrado. Aparecen espontáneamente o favorecidas por maniobras traumáticas sobre lesiones superficiales preexistentes.
- **Nódulos:** grandes lesiones inflamatorias profundas, redondeadas, cubiertas por piel más o menos inflamada, pueden ser punto de partida de auténticos focos supurativos dérmicos o hipodérmicos, de consistencia blanda o elástica, que tras varias semanas se reabsorben espontáneamente, fistulizan a la piel u originan formaciones quísticas que contienen pus, sebo y un líquido sanguinolento y semigelatinoso.
- **Quistes:** más raros, son formaciones subcutáneas redondeadas o elípticas, fluctuantes, cubiertas por piel normal o eritematosa, que persisten largo tiempo, con evacuación de su contenido espontáneamente o tras incisión, aunque a veces se reabsorben de forma espontánea o tras tratamiento.

En el curso del acné se observan también **cicatrices residuales**, secundarias a lesiones inflamatorias profundas o a veces superficiales, dependiendo de la predisposición individual, que

unas veces se deben a aumento de tejido, con aparición de cicatrices hipertróficas o queloides, y otras a pérdida del mismo, con cicatrices de profundidad y tamaño variable y siempre de difícil resolución.

La **evolución** se desarrolla por brotes, favorecidos por los diversos factores antes mencionados: periodo premenstrual en la mujer, exposición solar, situaciones de estrés, etc. Después de un número variable de años la erupción disminuye de forma progresiva, con desaparición de la cara antes que del tórax. No obstante, en aquellos casos de aparición tardía, sobre todo femeninos, puede prolongarse en la edad adulta.

TRATAMIENTO.

Antes de comenzar el tratamiento en un paciente con acné hemos de tener en cuenta una serie de **principios generales**, como son:

a) Acercamiento al paciente.

- Es preciso calmar su ansiedad, pues ésta llevará a un empeoramiento del cuadro, explicándole al adolescente que el acné es un proceso bien conocido y curable, causado por los cambios hormonales en la adolescencia, indicándole su evolución natural e informándole que, aunque no podemos hacer desaparecer el cuadro, sí podemos controlarlo hasta su involución.
- Hay que explicar detalladamente la respuesta lenta al tratamiento, que poco o nada puede hacer sobre las lesiones inflamatorias ya instauradas, siendo su efecto preventivo, al interferir la aparición de nuevos comedones o su transformación en lesiones inflamatorias, por lo que es preciso un tratamiento prolongado, precisando de uno o dos meses para notar la mejoría. También es preciso explicar que el tratamiento debe aplicarse en toda el área afectada y no limitarse a lesiones individuales.

b) Consejos generales.

- Evitar traumatizar las lesiones, pues el intento de eliminarlas sólo conduce a la aparición de lesiones inflamatorias, con posibilidad de cicatrices residuales.
- Indicar que las restricciones dietéticas no mejoran el acné
- Inducir a la obediencia y confianza con su médico
- Aclarar la necesidad de las revisiones periódicas, por la cronicidad del cuadro.

c) Cuidados cosméticos: Estos cuidados, muy importantes en el acné, tienen cuatro objetivos fundamentales:

- **Limpieza:** su objetivo es eliminar de la piel el exceso de grasa y partículas de suciedad adheridas, para lo que se recomienda lavados mañana y noche, con jabón, gel o cremas espumantes, seguidos de secado cuidadoso y suave, sin frotar con la toalla para evitar posibles irritaciones. También es de utilidad un tratamiento exfoliante 1-2 veces por semana, siempre que la piel no esté irritada, seguido de una mascarilla purificante. Una vez la piel seca, se aplicará el tratamiento tópico recomendado.
- **Hidratación:** los pacientes con acné precisan una hidratación eficaz de su piel, pero es imprescindible el empleo de productos libres de aceite y por tanto no comedogénicos. La elección de cremas, emulsiones, geles o lociones, dependerá de del tipo de acné, del exceso de grasa y de las preferencias del paciente. También hay que tener en cuenta que estas cremas hidratantes pueden llevar en su composición sustancias activas que ayudan

al tratamiento del acné, como pueden ser seborreguladoras, antiinflamatorias, matificantes, queratolíticas, o antisépticas.

- **Fotoprotección:** las radiaciones ultravioleta tienen poder comedogénico, por lo que es muy importante el empleo de fotoprotectores, siendo los adecuados en pacientes acnéicos aquellos libres de grasa, con factor de protección superior a 15 y principalmente en forma de geles.
- **Camuflaje:** como ya hemos comentado, las lesiones de acné causan gran ansiedad en los pacientes, por lo que éstos tienden a disimularlas cubriéndolas con gran cantidad de maquillaje que la mayoría de las veces no tiene la composición adecuada, por lo que, al prescribir maquillajes específicos, no sólo se evita el uso de productos perjudiciales para el acné, sino que se complementa el efecto terapéutico del tratamiento, al mejorar el aspecto físico y psicológico del paciente. Siempre hay que recomendar preparados libres de grasa, aunque también aquí, la elección del tipo de maquillaje (fluido, crema coloreada, compacto o polvos), depende del estado de la piel y de las preferencias del paciente.

En cuanto al **tratamiento** en sí, está encaminado a corregir los factores etiopatogénicos del acné, es decir: disminuir la secreción sebácea, evitar la obstrucción del folículo y la formación del comedón, disminuir la población bacteriana y actuar sobre la inflamación. Las medidas terapéuticas a adoptar estarán en relación con la severidad del acné, por lo que en algunos casos será suficiente con tratamiento tópico, mientras que otros precisarán además tratamiento sistémico.

I.- Terapéutica tópica: Con ella podemos realizar tratamiento queratolítico y antibacteriano. Se utiliza en acnés moderados o como coadyuvante del tratamiento sistémico en acnés severos. Disponemos de:

- **Peróxido de benzoilo:** es uno de los tratamientos tópicos más eficaces contra el acné, por su acción antibacteriana y queratolítica, aunque puede producir irritación y descamación cutánea y en un 2% de los casos dermatitis alérgica de contacto. Se emplea a concentraciones variables entre el 2 y el 10%.
- **Retinoides:** actúan modificando la queratinización folicular, por lo que evitan la formación de comedones y eliminan los ya constituidos, aunque su principal efecto secundario es la irritación, por lo que no deben emplearse en acnés inflamatorios. Se utilizan fundamentalmente el ácido retinoico, a concentraciones variables entre el 0,025% y el 0,05%, la isotretinoína al 0,05%, y el adapaleno de menor acción irritante al 0,1%.
- **Acido azelaico:** de acción más lenta que los anteriores, aunque menos irritante. En preparaciones al 20% es antimicrobiano, queratolítico y antiinflamatorio.
- **Antibióticos:** de acción antibacteriana y antiinflamatoria, son útiles en las lesiones inflamatorias superficiales. Se emplean fundamentalmente la eritromicina al 2% y la clindamicina al 2%.

II.- Tratamiento sistémico: se emplea en acnés con grandes lesiones inflamatorias o en aquellos casos que no respondan al tratamiento tópico. En la actualidad disponemos de numerosas posibilidades terapéuticas:

Antibióticos: por su acción antibacteriana frente *p. acnés*, suprimen los mecanismos que activan la respuesta inflamatoria. Los efectos no son visibles hasta transcurridas varias semanas

tras iniciar el tratamiento, previniendo fundamentalmente la aparición de nuevas lesiones, por lo que hay que advertir al paciente que debe mantener el tratamiento al menos 2-6 meses. Los más empleados son:

- Tetraciclinas y derivados: las tetraciclinas clásicas se administran a dosis iniciales de 0,5 a 1 g diario, que se mantienen de 2 a 4 semanas, hasta la mejoría clínica, disminuyendo entonces la dosis a 250 mg/día que es necesario mantener el tiempo antes indicado. La doxiciclina y la minociclina a dosis de 100 mg/día son igualmente eficaces. Todos ellos pueden afectar a los dientes en desarrollo, produciendo pigmentación parda, e inhibir el crecimiento esquelético fetal, por lo que no deben administrarse a menores de 14 años ni a mujeres embarazadas. Otro posible efecto secundario es la hipertensión intracraneal benigna. También con la minociclina se han descrito alteraciones hepáticas, inducción de anticuerpos antinucleares y lupus eritematoso, poliartritis y neumonitis eosinofílicas.
- Eritromicina: útil en aquellos pacientes con intolerancia a las tetraciclinas, se emplea a dosis similares.

Tratamiento hormonal: indicado en aquellas mujeres que no han respondido al tratamiento convencional, va dirigido a disminuir la seborrea y sus efectos secundarios. Se emplean antiandrógenos, fundamentalmente acetato de ciproterona, estrógenos y en ocasiones corticosteroides, a dosis pequeñas y en las formas muy inflamatorias.

Isotretinoína: Su empleo ha supuesto el mayor avance terapéutico conseguido en el tratamiento del acné severo, no sólo por la remisión completa obtenida en casi todos los casos, sino por la persistencia prolongada de esta remisión. El efecto fundamental es una reducción de la secreción sebácea, no por bloqueo androgenético, sino por producir una atrofia casi completa de las glándulas sebáceas. Además corrigen la alteración de la queratinización folicular, disminuyen la población de *p. acnés* y tienen un importante efecto antiinflamatorio, al disminuir la quimiotaxis de los polinucleares neutrófilos. La dosis oscila entre 0,05 y 1 mg/kg/día, aunque siempre se debe llegar a la dosis total acumulativa de 120 mg/kg, asociada a remisiones completas. El tratamiento con isotretinoína, a la dosis terapéutica, siempre va acompañado de efectos secundarios, habitualmente dosis-dependientes, aunque la mayoría de ellos no obligan a suspender el tratamiento, justificando su empleo el alto beneficio obtenido. Entre estos efectos secundarios se encuentran la sequedad de piel y mucosas, con queilitis en el 100% de los casos, elevación de los lípidos sanguíneos y en raras ocasiones la aparición de granulomas piógenos múltiples. No obstante, su principal efecto secundario es la teratogenicidad, lo que limita su empleo en la mujer fértil, obligando a un estricto control anticonceptivo durante el tratamiento y los meses siguientes a la suspensión de la medicación. Por todos estos efectos secundarios el empleo del isotretinoína debe quedar limitado a acné muy severos, acné moderados/severos que no responden al tratamiento habitual o acné moderados con tendencia a dejar cicatrices.

PIERCINGS, TATUAJES, OTRAS MODAS

Prof. Gabriel Galdó Muñoz

Catedrático de Pediatría (Pediatría Social y de la Adolescencia). F. de Medicina de Granada

INTRODUCCIÓN

...Perforarse el cuerpo, como usar determinadas prendas de vestir, el uso de la cirugía plástica (la liposucción, el aumentar y reducir los senos, modificar la nariz, las orejas, el mentón, etc.), la aplicación de tintes para teñir los cabellos con altos contenidos de plomo, los tatuajes, etc., entre otros, son expresiones de un comportamiento caracterizado por la influencia de la moda y de otras culturas que han sido adoptadas en las nuevas generaciones.

El body art, en sus diversas modalidades, es un intento en unas ocasiones de buscar una identidad propia, diferente una imagen mas bella, provocación, rebeldía, atractivo sexual o y en otras es la consecuencia de las tendencias marcadas por los amigos, el grupo de edad o la publicidad. Cada día son mas los adolescentes que se someten al mismo. Los tatuajes, piercings y el paint body son los más conocidos, pero también existen otras formas que se están poniendo de moda en España, como son las dilataciones, escarificaciones, el branding. y lo más reciente, lo último es la lengua bífida.

Se considera al adolescente como un ser humano que está en un periodo de cambio cognitivo, biológico, moral y afectivo, que no ha alcanzado toda la madurez que se espera de toda persona adulta, un ser contradictorio, rebelde, poco propicio a obedecer a los adultos, con comportamientos extravagantes y muchas veces empeñados en desafiar y negar las normas establecidas por la sociedad de los adultos, tales como la familia, la iglesia, los profesores e instituciones educativas. Las posibles causas por las cuales se practican estas modas es la necesidad de destacarse sobre el grupo, la propia satisfacción personal de llevar una obra de arte sobre su cuerpo, la curiosidad de la experiencia, el ver este objeto como una representación de belleza, por lo tanto la autoreferencia es de belleza.

En esta etapa de la adolescencia hay actualmente una serie de factores perturbadores y distorsionadores del proceso de reconocimiento y afirmación de la identidad, ese período que Erickson denomina crisis de identidad.

Las modas y los medios de comunicación juegan un papel importante en el adolescente. Necesita ser diferente y quiere con su conducta oponerse al modelo social reinante, está atento a seguir todo aquello que condense lo distinto y lo opuesto a lo tradicional. Nace entonces la labor de los medios de comunicación manipulados a través de la publicidad, ofreciendo toda suerte de modelos con el solo sentido de promover un consumo y hacer dinero.

En la actualidad, el consumismo, la publicidad y la manipulación de los estilos de vida, hábitos alimenticios y comportamientos condicionan a algunos adolescentes para que se conviertan en consumidores de objetos y signos que una sociedad ha erigido en símbolos de poder, modernidad y prestigio. Adecuarse a ellos ha llegado a significar estar a la moda, estar "in", algo así como la nueva ola de la que se habló en otros tiempos. No adecuarse a tales bombardeos consumistas implica para muchos estancarse, quedar chapados a la antigua, en fin, no tener la valentía de afirmarse en su propia identidad.

ANTECEDENTES

Según Onetribu, durante millones de años, las culturas de diferentes tribus indígenas de todo el mundo, especialmente las africanas; han practicado el arte de la modificación, del realce y del adorno del cuerpo, para muchos y variados propósitos significativos. Los centuriones romanos,

elite del Cesar, usaban anillos como muestra de virilidad y valor. La perforación del ombligo era un símbolo de los derechos entre los egipcios antiguos. Los cazadores de las tribus del Amazonas utilizaban narigueras para intimidar a su presa y aparecer más terribles. Las tribus de la polinesia adornaban a los jefes con diseños estéticos intrincados del tatuaje, simbolizando así, su alta graduación, conocimiento y estatus en su comunidad.

Fue a partir del siglo XV cuando esta práctica se popularizó entre marineros, aventureros y miembros de las clases sociales marginadas, lo que provocó una actitud de rechazo en diversas culturas como la occidental y que todavía hoy prevalece en cierta medida.

Existen convenciones a los que acuden miles de personas que comparten la pasión por el Body Art. En ellos se dan cita las grandes clásicos de la historia del tatuaje como Brian Everett y Lyle Tuttle; de la talla de Paul Booth, Running Bear, Hori Hiro, Hori Waka, Chimé, Vatea, Lloko, Ink, Petilli y Suhape, entre otros.

LOS PIERCINGS

La palabra piercing viene del ingles "pierce" que significa atravesar, perforar, agujerar. El piercing consiste en perforar un tejido del cuerpo, para adornarlo con joyas de diversas formas y tamaños; una práctica milenaria que se realizan en todas las parte del cuerpo: cejas, lengua, labios, nariz, orejas, pezones, ombligo, pene, clítoris, entre otros.

Los materiales utilizados en el piercing son de acero quirúrgico que tiene níquel (metal más usado en la joyería de moda barata, alcanzando en ocasiones valores del 10 al 15 % pero que no debe sobrepasar el 0,05 % de níquel), cromo, cobalto, paladio, niobio, titanio, oro y vidrio de clase pyrex.

La técnica requiere el conocimiento de la zona anatómica, para evitar la manipulación quirúrgica de los vasos, nervios u otros tejidos que impliquen un mayor riesgo de hemorragia, cicatrización anormal u otra complicación (lo que generalmente no sucede en la práctica). En las tiendas de piercings muchas veces tiene escaso entrenamiento sanitario, desconocen la anatomía básica, las medidas de asepsia aconsejables y utilizan sustancias como el cloruro de benzalconio o aleaciones de metales con níquel, capaces de provocar alergias.

Cuidados

La práctica de uno o varios piercings necesita una serie de cuidados que detallamos a continuación:

1. Piercings faciales (oreja, nariz, ceja, etc.): Lavarlos 2 a 3 veces por día. Remover suavemente con un algodón mojado en agua caliente cualquier costra que pueda haberse formado en el piercing, mojarlo con un agente limpiador. Cuidadosamente mover el piercing para que el líquido penetre en el piercing. Es importante evitar maquillajes o cremas durante el proceso de cicatrización. Tiempo de cicatrización para los piercings faciales: cartílago de la oreja: 8-12 semanas; lóbulo: 4-6 semanas, ceja: 6-8 semanas; : fosas nasales: 6-8 semanas; entrecejo: 6-12 semanas.
2. Piercings orales (lengua, labios, etc.): existen 2 tipos de piercings orales: internos (en la lengua) y externos. En ambos durante la cicatrización debe evitarse el alcohol, las

comidas picantes y es aconsejable hablar lentamente y evitar el sexo oral y los besos prolongados. La mayoría de las molestias se irán durante la primera semana. Por un período de 4 a 6 semanas, los piercings internos deben limpiarse luego de las comidas, de beber o fumar. Se puede usar un enjuague bucal antibacteriano sin sabor y enjuagar durante 30 segundos, o hacer gárgaras con sal. Con respecto a los piercings externos se deben limpiar 2-3 veces por día, durante 6-8 semanas.

3. Body piercings (pezón, ombligo, etc.): Debes limpiarlos de 2 a 3 veces por día durante 6-8 semanas. Enjabonarse la mano con un jabón neutro y lavar cuidadosamente el piercing, incluyendo el área alrededor del mismo. Humedecer suavemente cualquier costra que pueda haberse formado en el mismo y removerla. Rotar el aro para que entre el jabón, al enjuagar rotarlo nuevamente para que salga todo el jabón. Es recomendable enjuagar con agua tibia salada para calmar las molestias durante el proceso de curación.
4. Piercings genitales: Limpiarlos de 2 a 3 veces por día. La mayoría de los piercings genitales 4-6 semanas; para Ampallang, Apadravya y otros piercings profundos 3-6 meses. Se debe ser muy cuidadoso con el enjuague, ya que el jabón puede irritar la uretra y la vagina. Las mujeres deben cuidar especialmente en no dejar que el jabón entre en la vagina ya que puede causar infecciones. Los piercings deben limpiarse antes de tener relaciones. A pesar que no se recomienda tener relaciones hasta que el período de curación termine, es obligatorio el uso de preservativo durante este período. Se debe evitar todo contacto oral. Recordar que los espermicidas y lubricantes pueden llegar a causar irritaciones

Contraindicaciones

La perforación con fines estéticos esta contraindicada en (tabla I):

1. Menores de edad.
2. Mujeres embarazadas.
3. Personas con dermatosis infecciosas activas: verrugas, víricas, herpes o infecciones bacterianas de la piel, que pueden extenderse a la zona traumatizada por la técnica del tatuaje
4. Todos aquellos pacientes con dermatosis cutáneas que presenten el fenómeno de isomorfismo (reproducción de la lesión de la enfermedad en las zonas traumatizadas) como psoriasis o liquen plano.
5. Aquellos individuos que tengan historia de cicatrices queloides, acné moderado o grave, los que hayan tomado recientemente isotretinoína para el tratamiento del acné, ya que están referidas cicatrices anormales en el período posterior a dicho tratamiento.
6. En los sujetos que presentan dermografismo, ya que por la alta reactividad cutánea a traumas mecánicos, no son buenos candidatos para esta práctica.
7. Pacientes con discrasias sanguíneas,
8. Enfermedades congénitas del corazón o en tratamiento con medicamentos anticoagulantes.
9. De la misma manera se debe tener en cuenta, sobre todo en las motivaciones estéticas no reparadoras, los trastornos psicológicos o las alteraciones de la personalidad

Efectos secundarios. Peligros

Piercings y tatuajes: lesiones, alergias e infecciones van en aumento. Preocupa sobre todo la hepatitis B y C, e incluso el sida.

Complicaciones:

Las más importantes son las siguientes (tabla II):

1. Infección local: Entre el 10% y el 20% de todos los piercings sufren una infección local. Si el individuo toma medicamentos que modifican la inmunidad, o padece enfermedades que favorecen las infecciones, como la diabetes, el riesgo se incrementa. Las bacterias más frecuentemente implicadas son el *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* del grupo A y *Pseudomonas*. Así se han referido infecciones bacterianas comunes como abscesos o erisipela, y otras menos habituales como las condritis del cartílago de la oreja por *pseudomonas*. En el caso de los virus puede llevarse a cabo la infección de virus herpes o virus del papiloma humano, generando herpes simple o verrugas genitales.
2. También entrañan ciertos riesgos de transmisión hepatitis B, C, D, virus Epstein Barr y SIDA, aunque por el momento no se han descrito casos comprobables. Igualmente se han descrito infecciones por hongos o endocarditis en pacientes con cardiopatía congénita.
3. Hemorragias en las zonas hipervascularizadas como el pene o lengua en que son frecuentes el edema o la hemorragia. En alguna ocasión se ha descrito un colapso por hipotensión por sangrado abundante de la lengua
4. Alergia al material, por ser metales derivados del níquel y no metales pesados como pueden ser el titanio o niobio, paladio, etc. La alergia al níquel y bisutería pueden aparecer en un 45% de la población; por ello debe de ser un tema a prevenir. En la actualidad se considera al oro como el segundo agente causal de alergias después del níquel
5. Alteraciones dentales: Con los "piercing" de la boca, los estomatólogos también se han encontrado problemas de aparición tardía, como dificultad en la higiene oral, roturas de dientes (uno de los trastornos más referidos), alteraciones en la producción de saliva con la formación de cálculos, y dificultades en la masticación, etc.
6. Alteraciones urológicas: en los piercings en el pene, parafimosis
7. Cicatrices queloides en predispuestos
8. Otras. Se han descrito otras complicaciones más raras como reacciones sarcoideas, reacciones liquenoides y otras de menor incidencia.

La Dirección General de Consumo informa de que la firma WILDCATMA S.L, distribuidora de piercings, solicita de los consumidores la devolución de un producto denominado "Banana con luz", al comprobarse que puede ocasionar riesgos graves para la salud de sus portadores. Se trata de un piercing con pilas, destinado a la lengua y ombligo, que se acompaña de dos pequeñas pilas de botón. Se ha podido comprobar, en laboratorios oficiales, el riesgo de reacciones de tipo alérgico, asfixia mecánica e intoxicación debido al alto contenido en níquel.

Un estudio publicado en la revista científica Journal of Periodontology señala que el uso prolongado de adornos en la lengua puede aumentar el riesgo de recesión en las encías y de astillamiento de los dientes. La investigación, realizada por científicos de la Facultad de

Odontología de la Universidad Loma Linda, en Ohio, Estados Unidos, examinaron a 52 jóvenes con piercings en la lengua. Se observó que el 35 por ciento de los participantes que llevaban el adorno durante más de cuatro años presentaban recesión en las encías (encías que han retrocedido y muestran una mayor superficie del diente). Durante los movimientos de la lengua, los piercings de mayor tamaño son los que dañan más las encías, señala el doctor Dimitris Tatakis, profesor de Periodontología de la Universidad de Ohio. Con el paso del tiempo pueden producirse complicaciones de mayor gravedad. Además, los usuarios de piercings presentaban mayor número de dientes astillados como consecuencia de mordeduras involuntarias en el adorno. Sin embargo, se constató que los daños dentales eran mayores en los usuarios de piercings de menor tamaño.

DILATACIONES Y ESCARIFICACIONES

Nadie se para a pensar en los riesgos que pueden correr al hacerse esta práctica sobre su cuerpo porque lo ven algo distinto al tatuaje y más simple de realizar.

Las dilataciones consisten en hacer más grandes los agujeros del lóbulo de las orejas, los labios y algunas tribus africanas, los agujeros de las narices, mediante aros, tapones de plástico, tuercas, que se introducen en el agujero, y que se van cambiando por otros cada vez más grandes hasta conseguir el tamaño deseado.

La esscarificación consiste en cortar con un bisturí las líneas del dibujo que se ha hecho sobre la piel, de forma parecida a como se realiza un tatuaje, y echarle sal y vinagre para que se formen cicatrices convexas. Muchas personas prefieren que esté caliente el bisturí para que cauterice al mismo tiempo que corta.

Hay diferentes tipos de esscarificaciones; el branding es la forma más extrema de modificación del cuerpo y decoración que consiste en quemar la piel con un metal candente, tal y como se hace para marcar las reses.

El cutting, esscarificación fina que se realiza usando una hoja delgada que a veces se colorea con tinta como el tatuaje y en otras se levanta parte de la piel. En otras ocasiones se introducían en las heridas cuerpos extraños (cenizas, pequeñas piedras) con el fin de producir estas zonas elevadas

Existe muy poca documentación que haga referencia a las esscarificaciones bubis, y en la mayoría de los casos son someras alusiones, como si se tratara de una práctica que no estuviera extendida entre la mayoría de la población bubis. Las primeras descripciones de esscarificaciones bubis nos la ofrece el relato del misionero baptista Jonh Clarke durante los primeros contactos que mantuvo con los bubis cuando llegó a la ciudad de Clarence (hoy Malabo) en torno a 1842. En las detalladas descripciones que hace de los bubis en su diario, únicamente aparece una breve alusión a la cara de los bubis "cortada y desfigurada con cicatricen transversales".

La forma más simple de estas esscarificaciones se denominaba mooso o meoso, que era la cicatriz por quemadura. Consistía en quemar un parte del brazo o antebrazo con una pequeña bola ardiendo de fibra algodonosa, parecida al miraguano, que se obtiene raspando el raquis de las hojas de la palmera de aceite. Otra forma más elaborada consistía en marcarse diferentes partes del cuerpo, especialmente los brazos, el pecho o la espalda, con motivos de flores, ramas u otras

figuras. Las incisiones se realizaban con la punta de un cuchillo o cualquier otro instrumento punzante, sin llegar a introducir en la piel ninguna sustancia colorante.

Este tipo de cortes es una práctica muy generalizada entre los pueblos africanos de la costa occidental. suelen ser pequeñas incisiones lineales localizadas en diferentes partes del cuerpo, realizadas bien como mecanismo de protección o bien con objeto de eliminar dolencias y males; así, pequeños cortes en la frente servían para librarse de los dolores de cabeza, otras incisiones permitían extraer tumores o bultos que se creía que eran la causa de la enfermedad del sueño. Para todo este tipo de cortes, los bubis empleaban unos punzones de nipa o de bambú.

Estos adornos se realizaban sobre todo en mujeres jóvenes. También era más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, perforarse el lóbulo de las orejas para colgarse enormes arcos confeccionados de lokó, o para introducirse en el lóbulo los palos que empleaban para limpiarse los dientes o las pequeñas cachimbas de barro para fumar.

Otras prácticas eran la perforación o distensión del lóbulo de la oreja, la alteración de la nariz perforando la parte inferior del tabique nasal y de las alas, colocando huesos, plumas, o narigueras de distintas formas, de terracota o metal, piedras, etc.

Perforarse los labios también fue una costumbre con la finalidad de fijar ornamentos, realizando las perforaciones con una espina de acacia e introduciendo posteriormente objetos cada vez mas grandes.

Otra práctica era la costumbre de modificarla cabeza de los recién nacidos, costumbre muy arraigada por todos los pueblos de México. Sus orígenes no se conocen aunque hay evidencias en América, ásia, Europa y áfrica. Podían utilizar dos tipos de aparatos deformadores: cunas o aparatos cefálicos de varios tipos o la combinación de ambos o tablillas o vendas.

El limado e incrustación dentaria (de jadeita, hematita, turquesa, hueso y pirita, lamás utilizada) especialmente de los incisivos y caninos en adultos

Un último grupo de escarificaciones corporales estaba relacionado con ciertos comportamientos sociales. Por ejemplo, algunas de ellas se practicaban para expresar sentimientos como el amor, otras escarificaciones marcaban a aquellas personas que habían mantenido comportamientos antisociales como el robo. Las incisiones realizadas por haber cometido un robo se denominaban meloge y cuando el robo era cometido por niños, se les marcaba con tres incisiones en ambas mejillas. Las marcas que se hacían las parejas de enamorados se denominaban rioeri, y consistían en una serie de pequeños cortes en hileras paralelas bien sobre el torso o sobre el vientre formando un ángulo hasta la altura del ombligo. Con estas incisiones expresaban su fidelidad y el pacto quedaba cerrado con el intercambio entre el hombre y la mujer de la sangre que brotaba al realizar dichos cortes. Según este pacto de fidelidad, la mujer no podía tener relaciones sexuales con ningún otro hombre, mientras que la restricción para el hombre se limitaba a las mujeres de su mismo poblado. La transgresión de esta prohibición sostenía la creencia de que podía provocar la muerte.

Posteriormente, estas marcas pasaron a realizarse y a considerarse como adornos estéticos sin ninguna otra implicación. El especialista encargado de realizar estas escarificaciones era el

mandzibandzi, palabra que proviene del tronco ba(n)dzi, término que hace referencia a las escarificaciones en general.

Entre las escarificaciones faciales parece que únicamente hubo dos variantes: el punteado sobre nariz y mejillas (muy poco extendido y más presente entre las mujeres que los hombres) y el rallado del rostro. Éste consistía en unas marcas geométricas de líneas paralelas bilaterales a lo largo de todo el rostro: frente, mejillas, y barbilla, y cuya intensidad de la incisión y la cantidad de líneas variaba mucho de unos individuos a otros.

TATUAJES

El tatuaje (tatau en polinesio: ta dibujo o impresión y tau piel) consiste en grabar dibujos en la piel humana, introduciendo materias colorantes bajo la epidermis, técnica casi tan antigua como el hombre. En la antigua Grecia los hombres se tatuaban como signo de nobleza o como prueba de valor. Sin embargo, la costumbre declinó persistiendo sólo como signo de identificación de esclavos y criminales durante muchas décadas. En sus comienzos fue ornamental y decorativo, después sirvió para distinguir a los miembros de una familia, de una tribu o de un pueblo, a la vez que adorno y después como signo de posesión. Posiblemente comenzó solo en la cara, extendiéndose después al cuerpo.

Los primeros tatuajes se hacían realizando en la piel pequeñas punciones o piquetes, con un instrumento de dientes agudos, por medio de los cuales se introducía la materia colorante o quizás mediante un hilo impregnado en colorante colocado en una aguja muy delgada a través de la piel.

El capitán Cook, en su primer viaje a la Polinesia en 1796, observó como los indígenas pintaban sus cuerpos, introduciendo el color negro bajo la piel para hacerlo indeleble. Los marineros de Cook quedaron fascinados por el "tatau" polinesio -el "tattoo" inglés-, iniciándose de esta forma la tradición universal y mantenida hasta nuestros días del tatuaje marineroy militar. Una época florecimiento del tatuaje con intención decorativa fue el siglo XVIII en el Japón, tras haber estado prohibido durante más de dos siglos. Pero el tatuaje moderno data de 1880, cuando Samuel O'Railly, de Nueva York, diseñó la primera maquina eléctrica para practicados. Este método se ha mantenido hasta la actualidad con distintas modificaciones que facilitan y mejoran los resultados.

Un tatuaje puede realizarse en cualquier parte del cuerpo (los únicos lugares donde no se pueden hacer técnicamente tatuajes permanentes son el pelo, dientes y uñas). Resulta interesante el hecho de que mujeres y hombres tienden a tatuarse lugares diferentes. Normalmente, los hombres lo hacen para enseñar el tatuaje y prefieren la espalda, nuca y brazos, mientras que a las mujeres les guía el gusto por decorar zonas íntimas de su cuerpo y suelen hacérselos en abdomen, pechos o zona de los riñones.

Técnica

Tipos de tatuajes

1. Tatuaje artístico o decorativo. En él se representan pequeños dibujos, como estrellas, lunares, pulseras, flores, pájaros y otras imágenes.

2. Tatuaje estético. El tatuaje estético o micropigmentación cosmética fue descrita por primera vez por Angres en 1984. Introdujo óxido férrico en la dermis a lo largo de la línea de las pestañas, para dibujar una línea oscura que perfilase los párpados y agrandase ópticamente el tamaño de los ojos. Se pretende un embellecimiento cuando se tatúa el perfil de los labios para modificar o acentuar su forma, o la línea de las cejas o párpados para resaltar la mirada. Esta finalidad estética se mezcla con la reparadora cuando, además de embellecer, se pretende mejorar la calidad de vida y el aspecto de personas con lagrimeo excesivo o alergia a los cosméticos de los párpados, en las que el maquillaje no es posible, pacientes con alteraciones articulares o neurológicas que no les permiten maquillarse por sí mismas, o individuos con dermatosis de frecuente repercusión psíquica como vitiligo o alopecia de pestañas.

3. Tatuaje reparador. Para camuflar zonas alteradas de piel para que parezcan naturales y sanas, como la creación a través de la micropigmentación de una nueva areola mamaria en la reconstrucción del seno tras una mastectomía, o en la coloración de una cicatriz más blanca que la piel que la rodea, o el oscurecimiento de una zona estable de vitiligo, o la reconstrucción por delineado de los pelos, de una ceja alopecica por una intervención quirúrgica, alopecia areata o traumatismo, o el perfilado de unos labios alterados por una quemadura o cirugía.

Contraindicaciones

El tatuaje en cualquiera de sus variantes está contraindicado en (tabla I):

Complicaciones

Problemas menores:

1. Infecciones. Si la molestia inicial continúa después de la cicatrización, hay que consultar a un dermatólogo. Si el material utilizado por el tatuador no es estéril y de un solo uso, existe peligro de contraer enfermedades infecciosas. Se destaca que también es posible que se transmita el virus de la Hepatitis B y C, además de otras enfermedades infecciosas, si el material usado no está esterilizado.

2. Alergias. En forma de eccema de contacto, la piel se inflama, produce vesículas, exuda y pica, no desaparece hasta eliminar el causante. Hay casos de alergia a los colorantes (tatuaje) o a los metales y demás materiales utilizados:

3. El sulfato rojo de mercurio se utiliza como pigmento rojo en tatuajes y en pinturas artísticas. Níquel, cromo (dicromato potásico) en tatuajes verdes, cadmio (amarillo), sulfato de mercurio (rojo), sales de cobalto en tatuajes azules, óxido de hierro, tonos ocres. Cuidado con los colores blanco y beige, llevan en su composición óxido de titanio y óxido de zinc. Otros pigmentos orgánicos, azoicos y derivados de plantas dan alergia en ciertas personas.

4. Dispersión del pigmento, cuando se coloca muy profundamente, eliminación del pigmento cuando ha sido colocado muy superficial o disminución de la calidad del pigmento lo que puede obedecer a factores de índole personal que podría explicarse por diferencias en la función macrofágica.

5. Se desaconsejan los tatuajes en las personas afectas de diabetes, insuficiencia renal o enfermedades cardíacas congénitas: una eventual reacción alérgica sería peligrosa.

Problemas mayores:

La más importantes son las siguientes (tabla III):

1. Infección local por una técnica poco aséptica.
2. Infección general a través del instrumental, con transmisión de unos pacientes a otros de enfermedades como el SIDA, herpes, hepatitis, sífilis y otras.
3. Alergia al pigmento que se manifiesta con la aparición de enrojecimiento y tumefacción en la zona micropigmentada. Esta alteración es más frecuente con los colores rojos a base de sulfato de mercurio, verdes a base de cromo, o azules a base de cobalto.

¿Cómo eliminarlos?. Cada vez hay un número mayor de personas que deciden borrar los tatuajes de su cuerpo. "En épocas como después del verano, mucha gente se cansa de lucir esos dibujos y deciden eliminarlos y también son muchos los pacientes que por su trabajo han de quitárselos.

Antes se utilizaban métodos quirúrgicos agresivos, ya que se quemaba o extirpaba la zona tatuada para añadir después un injerto, y el resultado no era muy satisfactorio; ahora sin embargo, *el láser* es capaz de penetrar en la piel y destruir las partículas de color, de modo que la tinta se fragmenta y se va disolviendo. Su inconveniente es que son necesarias varias sesiones, ya que se emplean varios colores y algunos, rojos y amarillos sobre todo, son mucho más difíciles de eliminar, al contrario de lo que ocurre con los negros o azules. El número medio de sesiones que se necesitan para eliminar un tatuaje es de siete u ocho, dependiendo, sobre todo, de los colores, el tamaño del dibujo y la zona en la que se encuentre, y el resultado puede variar desde la eliminación al 100% hasta la fijación de restos de color o incluso, en zonas más blandas, como escote y espalda, la aparición de queloides o cicatrices. Después de las sesiones el paciente debe impregnar la zona quemada con una pomada antibiótica hasta que cicatrice la herida y la costra desaparezca, evitando en todo momento la exposición al sol.

Otras técnicas de eliminación son:

1. El Cover-up, también llamado encubrimiento. Un buen tatuador, pero sobre todo, un buen artista, podrá transformar tu indeseable tatuaje en una nueva obra de arte. Estudiará un diseño que pueda cubrir perfectamente lo que no quieres que vuelva a ser visto.

2. El estiramiento de la piel. Se estira la piel donde está el tatuaje y un poco las zonas de alrededor. Se corta el tatuaje y la piel superficial estirada es colocada en su lugar. Deja una cicatriz lineal.

3. Por abrasión salina. El método: lijar la imagen con sal especial hasta que el tatuaje desaparezca.

4 La escisión. Esta forma va cortando las zonas de piel poco a poco, por sesiones.

El resultado de estas dos últimas formas: bastantes más cicatrices.

PSEUDOTATUAJES

Se llama así a la aplicación sobre la piel de pigmentos que impregnan la capa más superficial, y se mantienen hasta que se elimina ésta, aproximadamente en tres o cuatro semanas. Es una práctica tradicional y mantenida en algunas culturas, generalmente orientales y africanas, sobre todo en celebraciones como bodas, o simplemente para embellecimiento de las mujeres. Esta costumbre está alcanzando las culturas occidentales, y son cada vez más los turistas que vuelven de un viaje al norte de África con un pseudotatuaje. También en las costas españolas se ven cada vez más a menudo ofertas de pseudotatuaje de figuras diversas.

La base de los pigmentos utilizados es la henna, de origen vegetal y color rojo, a la que a veces se añade hojas de té, carbón vegetal, vinagre o elementos secretos que suelen ocultar tintes convencionales de los colorantes del cabello. La alergia producida por los pseudotatuajes se debe, en la mayoría los casos, a la parafenilendiamina. Las personas alérgicas a esta sustancia deben conocer la posibilidad de tener una grave dermatitis de contacto si se aplican sobre su piel un tatuaje temporal.

LA PINTURA DEL CUERPO

Coincidiendo con otras actividades culturales, musicales, etc. Es frecuente el que jóvenes se pinten el cuerpo con diferentes motivos.

Es una costumbre desde el comienzo de la humanidad, alterarse de alguna forma el cuerpo de forma transitoria o permanente ha estado presente en todas las culturas. Posiblemente al comienzo coloreaban el cuerpo para protegerse de las inclemencias ambientales (calor, insectos, etc.).

El uso de objetos pendientes o la pintura corporal puede que tuvieran la finalidad ornamental para dar una impresión agradable, junto a ello surgen las modificaciones corporales mediante las escarificaciones y tatuajes, la deformación de la cabeza, el limado e incrustación dentaria, como es posible ver en figurillas de arcilla procedentes del México prehispánico y otras culturas que nos precedieron en el tiempo.

La coloración del cuerpo fue probablemente la primera modificación temporal que se practicó posiblemente para protegerse del sol, de los mosquitos o del frío.

El pintarse el cuerpo con pinceles, sellos o pintaderas con colores de origen vegetal o mineral producían dibujos o combinación de colores. Es posible que a esta costumbre haya sucedido la de grabarse el cuerpo para que adorno fuera más duradero

LENGUA BÍFIDA

Ahora llega la última moda, tener una lengua igual que las de las serpientes, esto es, una lengua partida en dos, bífida. Simplemente es necesaria una intervención quirúrgica para conseguir tener no una, sino dos lenguas. El resultado es apenas apreciado por los demás, pues sólo al sacar la lengua se observa la operación, aunque esta moda suele producir un ligero ceceo al hablar.

Los motivos que inducen a los jóvenes a dividir su lengua son diversos. Algunos consideran que se mejora el cuerpo, otros lo ven como una modificación espiritual; mientras que a algunos simplemente les gusta la sensación que aporta y cómo les queda.

El principal peligro de esta moda, igual que en el caso de los piercings y los tatuajes, es el riesgo de contraer algún tipo de infección. Aunque también puede verse afectada la pronunciación, debido a la cicatriz y a la propia división de la lengua.

OTRAS MODAS PELIGROSAS

Las rastas del pelo que se llevan durante mucho tiempo producen una tracción en la raíz, la cual puede producir una alopecia. Lo mismo sucede con las trencitas finas y abundantes.

Las uñas de porcelana provocan cambios en las uñas verdaderas, debilitándolas con el tiempo.

Prevención de infecciones y contagios

Estas prácticas también pueden acarrear problemas físicos, como infecciones y contagio de enfermedades si no se realizan adecuadamente, y sociales, como el rechazo o marginación de quienes no entienden este lenguaje del cuerpo. Por ello es importante prepararse y estar seguro a la hora de adornar el cuerpo con estas técnicas, sobre todo en el caso de los tatuajes, cuya eliminación es muy costosa y en muchos casos, además, no es definitiva.

Normativa legal

En la actualidad el Ministerio de Sanidad español y las diversas Comunidades autónomas han publicado una normativa, de acuerdo con el sector llamado body art para garantizar la seguridad sanitaria de estas prácticas. En ella se regula:

1. Las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos de tatuajes y piercings y del personal de esos centros
2. Equipamiento, instrumental y material a utilizar
3. Residuos sanitarios
4. Realización de cursos de formación
5. Consentimiento informado
6. Vacunaciones del personal: hepatitis y tétanos
7. Protección al menor. Los menores deberán ir acompañados de un adulto responsable de ellos y se necesita autorización escrita de su representante legal o tutor.
8. Autorizaciones e inspecciones sanitarias

Consejos prácticos

A la hora de someterse a cualquier trabajo de body art (agujeros o tatuajes), lo primero que hay que hacer es asegurarse de que éste lo realice un profesional. No se debe aceptar el ofrecimiento de gente inexperta, conocidos como "scratcher", ya que son personas que no tienen el entrenamiento apropiado para realizar tatuajes o piercings y, normalmente, no utilizan métodos de esterilización responsables ni materiales homologados por el Ministerio de Sanidad.

El local donde se realice debe cumplir unas condiciones mínimas de higiene, lo que evitará posibles infecciones y contagios de enfermedades como la hepatitis B y C o el SIDA. El espacio ha de estar bien iluminado para que el artista, que debe llevar guantes en todo momento, pueda ver perfectamente lo que hace. Todas las agujas han de desecharse después de cada uso o esterilizarse con alguna técnica adecuada (como el autoclave); además, éstas no deben dejarse sobre superficies que no estén totalmente esterilizadas. Una vez acabado el trabajo, los materiales han de guardarse en recipientes sellados y la tinta sobrante tiene que desecharse.

Hay que tener en cuenta que hacerse un tatuaje o colgarse una anilla es un proceso doloroso, ya que las incisiones causan una herida, aunque es un dolor soportable (sobre todo si se está preparado y lo más tranquilo posible). Eso sí, la intensidad del dolor varía mucho dependiendo de la zona en la que trabaja el artista. Las partes del cuerpo más sensibles son el abdomen, las costillas, la cara y los genitales.

TABLA I Contraindicaciones de los piercings y tatuajes

1. Menores de edad, sin autorización paterna
2. Embarazo
3. Dermatitis infecciosas activas: verrugas víricas, herpes, infecciones bacterianas, dermatosis cutáneas con isomorfismo, psoriasis, liquen plano, acné moderado o grave
5. Historia de cicatrices queloides
6. Tratamiento cercano con isotretinoína
7. Dermografismo
8. Discrasias sanguíneas
9. Tratamiento con medicamentos anticoagulantes
10. Trastornos psicológicos o de la personalidad

TABLA II Complicaciones de los piercings

1. Infección local: abscesos, erisipela, condritis del cartílago de la oreja
2. Infección general: Herpes, . VPH, hepatitis, sífilis, VIH, tétanos, endocarditis
3. Hemorragia y edemas.y incluso colapsos por hipotensión por sangrado.
4. Alergia:dermatitis de contacto, dermatitis granulomatosas debidas al paladio
5. alteraciones dentales: dificultad en la higiene oral, roturas de dientes, alteración en la producción de saliva y la posibilidad de formación de cálculos salivares, pérdida del sentido del gusto, entumecimiento de la lengua, dificultades en la masticación
6. Alteraciones urológicas: paraquimos
7. Cicatrices: queloides
8. Otras. reacciones sarcoideas, granulomas, reacciones liquenoides y otras..

TABLA III Complicaciones de los tatuajes

Sanitarias

1. Infección local
2. Infección general: SIDA, herpes, hepatitis, sífilis, otras infecciones

3. Alergia al pigmento
4. Fotoalergia al pigmento
5. Reacciones granulomatosas sarcoideas
6. Algunos tatuajes amarillos desarrollan estos efectos sólo cuando la piel se expone a la luz solar, por la capacidad fotoconductor del pigmento amarillo.
6. Reacciones granulomatosas sarcoideas sobre todo con los colores verde, azul y rojo.
7. Complicaciones estéticas sin repercusión sobre la salud del individuo:
 - a) Dispersión del pigmento. Esto ocurre cuando éste se ha colocado muy profundamente.
 - b) Eliminación del pigmento: cuando ha sido colocado muy superficialmente.
 - c) Disminución de la calidad del pigmento..