

- Teoría de la especificidad. Señala que existen fibras de dolor específicas y rutas de dolor determinadas. Aunque algunos receptores parecen estar especializados de forma que reaccionan a distintas clases de estímulos específicos, dichos receptores especializados también pueden responder a otra clase de estímulos. La especificidad de los receptores de la piel es, por esta razón, limitada, por lo que no resulta válida ninguna versión simple de la teoría de la especificidad. No hay dedicado un conducto nervioso exclusivamente para aliviar el dolor, pero aun en el caso de que existiesen receptores en la piel específicos para la transmisión del dolor, la existencia del dolor sin lesión, la lesión sin dolor, así como el fracaso de los tratamientos quirúrgicos contra el dolor hacen que una teoría del dolor simple y basada en aspectos fisiológicos resulte insostenible.
- Teoría del Control de la puerta. Según esta teoría, los mecanismos nerviosos de la médula espinal actúan a modo de puerta capaz de aumentar o reducir el flujo de impulsos nerviosos. Cuando ésta está abierta, los impulsos fluyen a través de la médula espinal en dirección al cerebro, los mensajes nerviosos llegan a éste y la persona siente el dolor. Cuando la puerta está cerrada, los impulsos no ascienden por la médula espinal, los mensajes no llegan al cerebro y la persona no percibe el dolor. Esta teoría respalda la hipótesis de que la información penetra en las astas dorsales de la médula espinal mediante las neuronas aferentes primarias. Esta información atraviesa la sustancia gelatinosa, en donde la información es modulada por la actividad de esta estructura, afectando a la acción de las células de transmisión.

La puerta puede cerrarse gracias a la actividad desarrollada en la médula espinal, así como a través de los mensajes que descienden del cerebro. Expertos en el tema, propusieron el concepto de una activación de control central, que consiste en una serie de impulsos nerviosos que bajan desde el cerebro e influyen en el mecanismo de apertura y cierre de la puerta.

De acuerdo con la teoría del control de la puerta, el dolor no sólo tiene componentes sensoriales, sino también motivacionales y emocionales.

La ansiedad, la preocupación, la depresión y el hecho de concentrarse en una lesión pueden incrementar el dolor, afectando la actividad de control central, abriendo, por lo tanto, la puerta. La distracción, la relajación y las emociones positivas pueden cerrar la puerta, reduciendo el dolor.

Cuando una persona se lastima un dedo accidentalmente, muchas de las pequeñas fibras se activan, abriendo la puerta. Una reacción emocional acompaña a la percepción de dolor agudo. A continuación, lo más probable es que la persona sujete el dedo con la otra mano lo frote. De acuerdo con la teoría de control de la puerta, este rozamiento estimula a las fibras grandes que cierran la puerta, bloqueando la estimulación de las fibras pequeñas y reduciendo el dolor.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=teorias_del_dolor

Last update: **2025/05/04 00:01**

