



José Carlos Jaenes Sánchez.

Profesor Titular de Actividad Física y del Deporte.
Universidad Pablo de Olavide.
Profesor del Master de Salud y Actividad Física UNIA-UPO.



Patricia I. Jaenes-Amarillo.

Psicóloga Sanitaria. Master en Trastornos Alimentarios,
Emocionales y de la Personalidad.
Consulta Amarillo-Jaenes

¿Cómo prescribir el ejercicio físico a la persona con diabetes?

En el último siglo, la actividad física (AF) se ha convertido en un pilar básico para adquirir un estilo de vida sano y que garantice una calidad de vida notable con respecto a la población sedentaria. Fundamentalmente, en la prescripción de ejercicio se tienen en cuenta una serie de recomendaciones, esto es especialmente clave para pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) y es la propia Asociación Americana de Diabetes (ADA) la que pone de manifiesto la importancia de los programas de AF a largo plazo para el tratamiento y prevención de esta alteración metabólica y sus posteriores complicaciones, que desde el punto de vista psicológico crea barreras que los pacientes esgrimen para no adherirse a un programa de AF. Así pues, se establece su importancia, más allá de la propia medicación, pero como ya se estableció en un trabajo anterior en esta revista (Jaenes, 2022), el personal clínico se enfrenta al doble problema de motivar a los pacientes a iniciar y mantenerse en estos programas y a la prescripción.



Así pues, la literatura científica respalda con evidencia suficiente (Hawley, 2004, Thent, Das y Henry, 2013) que la práctica de ejercicio físico tiene una especial relevancia terapéutica en la DM2, por la capacidad que tiene para reducir el riesgo cardiovascular, su papel en el control del peso, y el incremento de la sensibilidad a la insulina, e igualmente, beneficios percibidos como una mayor sensación de bienestar y que se asocia a un menor estrés, ansiedad y depresión y una mejor calidad de vida. La duración generalmente aceptada para la práctica de actividad física es de 30 a 60 minutos, a una intensidad moderada, si bien, algunos autores indican que, en pacientes entrenados, el ejercicio puede ser vigoroso en intensidad y de menor duración, de tres a cuatro días con AF combinada de trabajo aeróbico y de fuerza; aunque no se

recomiendan ejercicios de resistencia en pacientes con retinopatía.

En una revisión sistemática (Thent et al. 2013), encontraron que la mayoría de los estudios indican que efectivamente el ejercicio aeróbico es el más efectivo y útil, y el más recomendable, entendido este como aquel que mejora el consumo de oxígeno e incrementa la funcionalidad de los sistemas respiratorio y cardiovascular, siendo de gran ayuda para mejorar parámetros fisiológicos y reducir los riesgos de la resistencia a la insulina. Son pues, prácticas físicas basadas en andar, tanto al aire libre como en la cinta, correr, nadar o montar en bicicleta.

Igualmente hay evidencias de la eficacia de los ejercicios de resistencia, que son aquellos en los que las personas

pueden trabajar con útiles que la producen, como puede ser levantar pesas, trabajar con contrapesos, cuerdas y trabajo de gimnasio, debidamente dirigido si los sujetos no tienen el suficiente conocimiento y autonomía. Así pues, se evidencia que el de tipo de resistencia también muestra eficacia, seguido de prácticas que los combinen con ejercicio aeróbico; de hecho, un estudio con grupo control y experimental, programaron sesiones de una hora, dos días por semana y encontraron un decremento de 2.45 en el porcentaje de hemoglobina glucosilada (HbA1c), y un incremento en la fuerza muscular y fortaleza muscular percibida, mostrando el impacto de este tipo de ejercicio en un programa de 12 semanas de duración que este caso fue dirigido por personal de enfermería (Muñoz-Canché y Salazar, 2005) mos- ➤

» trando además ser de ayuda en el control glucémico.

UN PRIMER PASO DE ESPECIAL RELEVANCIA

En el ámbito de la salud, más que en ningún otro, el primer paso que se antoja imprescindible es el de una Valoración Funcional del paciente, esta hace referencia a la evaluación de la condición física del paciente, para poder tener una idea más acertada del tipo de ejercicio que puede realizar y que sea más idóneo para su estado. Hay una cierta controversia sobre si es necesario hacer una prueba de esfuerzo, por cuanto someterlos a una situación de impacto puede acarrear problemas indeseables, por lo que se recomienda a los profesionales que se encarguen de la misma consulten con el equipo médico, por cuanto este tipo de pacientes puede desarrollar patologías cardíacas que desaconseje estas pruebas. Esta valoración debe servir de línea base (pre) para una vez se haga la intervención, poder evaluar al sujeto, usando así una metodología pre-post, que resulta de fácil aplicación y ayuda a saber si hay impacto positivo de lo recomendado. Cómo psicólogos, aconsejamos acompañar la valoración con un formulario que recoja aspectos relacionados con la motivación para la práctica, tener los recursos de espacio adecuados, tiempo disponible, historia previa de relación con la AF, y recoger las barreras y facilitadores para promover cambios de conducta que les hagan superar ideas negativas prefijadas que apoyan el no hacer AF, presentando dichas barreras como un desafío y un afán de superación, trabajando con ello

el concepto de personalidad resistente (Godoy-Izquierdo y Godoy, 2002), tan necesario en pacientes como los que nos ocupan.

LA PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO

Una revisión de trabajos de fácil acceso en el mundo sanitario y que contiene interesantes aportaciones y puede encontrarse en Novials (2006). Pero en nuestro papel de psicólogos, además de seguir las pautas propuestas por la literatura, proponemos para la prescripción, que se tenga en cuenta el concepto de personalidad resistente antes mencionado, un constructo antiestrés que proporciona un marco de referencia para entender por qué se tiene éxito o se fracasa tras dicha prescripción.

El concepto, tan interesante en Psicología de la Salud, fue propuesto por Maddi (2002), si bien empezó a trabajar en 1979 en este constructo compuesto por compromiso, control y desafío. Este constructo, es una posición existencial frente a la vida, significa tomar el control de lo que ocurre, promover conductas activas, no dejar nuestra vida en manos de los demás, es acercarse a pensar que puedo hacer más de lo que hago normalmente para hacer cambios positivos, es enfrentarse a nuestras propias limitaciones y tabúes, a la pobreza de argumentos que ponen en peligro la salud, es quitarse la venda de los ojos y mirar hacia adelante de forma desafiante, eso que nos piden los demás y que cuesta tanto asumir.

■ **Compromiso**, entendido como una actitud, una serie de conductas dirigidas

a conseguir el fin que se proponen: saltar barreras, aprovechar facilidades, involucrarse, poner toda la energía disponible, dado que se entienden los beneficios personales y sociales de la AF. No importa si un día se está o no motivado a la acción; es que la propuesta vale la pena y voy a poner toda la energía necesaria en ello.

A los pacientes les proponemos pensar sobre esto *¿estoy dispuesto, día a día, a superar mis limitaciones y acogerme a las recomendaciones que me han dado?*

■ **Control**, hace referencia a la posibilidad de tomar las riendas de los acontecimientos, a entender cuanto se puede hacer para cambiar el curso de lo que nos ocurre, no dejar al azar, intervenir, modificar conductas, desarrollar la autoconfianza, la autoestima y el autocontrol. No hay bien máspreciado para enfrentarse a la diabetes, si no se le pone límites que dependan del paciente, se está dejando que nos controle y domine, y déjenos que les digamos, que nos destruya.

■ **Desafío**, preciosa propuesta que hace ver las situaciones complicadas como la diabetes, como una oportunidad para mejorar, para crecer personalmente, es cambiar la perspectiva, enfrentarse a la enfermedad se convierte en un reto, no hay nada mejor que proponerse cambios de conducta, poner toda la energía en ello y desplegar todas las habilidades necesarias que lleven al éxito, a una vida más saludable como hacen los corredores de maratón (Jaenes et al., 2009). **D**

REFERENCIAS

- American Diabetes Association. Type 2 Diabetes. Consultado 26/09/2022 de <https://www.diabetes.org/diabetes/type-2>
- Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J.F. (2002). La personalidad resistente: Una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*, 13, 2, 135-162
- Hawley, J. A. (2004). Exercise as a therapeutic intervention for the prevention and treatment of insulin resistance. *Diabetes Metabolic Response Review*; 20(5):383-93. doi:10.1002/dmrr.505.
- Jaenes, J.C. (2022) ¿Cómo superar las barreras físicas y psicológicas para hacer ejercicio en las personas con diabetes? *Revista SED* nº 77; 36.
- Jaenes, J.C.; Godoy-Izquierdo, D.; Román-González, F.M. (2009). Personalidad resistente en maratonianos: un estudio sobre el control, compromiso y desafío de corredoras y corredores de maratón. *Revista de Psicología del Deporte*, 18(2): 217-234. [<http://hdl.handle.net/10481/33126>]
- Maddi, S. (2002). The story of Hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal Practice and Research* 54(3):173-185. DOI:10.1037/1061-4087.54.3.173. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1061-4087.54.3.173>
- Muñoz-Canché, K.A. y Salazar, B. C. (2005). Ejercicio de resistencia muscular en adultos con diabetes mellitus II. *Revista Latino-americana de Enfermagen*, 13, 1, 21-26. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100004>
- Novials, A. (2006). *Diabetes y ejercicio*. Barcelona. Mayo.
- Thent, Z.C., Das, S. y Henry, L.J. (2013) Role of Exercise in the Management of Diabetes Mellitus: the Global Scenario. *PLoS ONE* 8(11): e80436. doi: 10.1371/journal.pone.0080436