Caminar con diabetes: lecciones clínicas y humanas desde el Camino de Santiago

Pilar Crespo Martín y Eva Sanz Torralva

Enfermeras y miembros del Comité de Hábitos Saludables de la FSNN

Francisco C. Carramiñana Barrera, Francisco Javier Cruz Ortega Ríos, Ana Ruiz Andreu, María Josep Barceló Picorelli, Carlos Miranda Fernández-Santos

Médicos de Atención Primaria y miembros del Comité de Hábitos Saludables de la FSNN

INTRODUCCIÓN

El ejercicio físico constituye un pilar fundamental en el manejo de la diabetes, pero su impacto trasciende lo metabólico. En septiembre de 2025, un total de 100 participantes entre personas con diabetes, monitores, personal sanitario y miembros de la organización, realizaron las etapas finales de Camino de Santiago portugués. En este artículo tratamos de aportar la experiencia desde una doble vertiente: clínica y humana, analizando los beneficios observados y las implicaciones para la educación terapéutica en diabetes.

La evidencia científica ha demostrado de manera sólida los beneficios del ejercicio físico en la prevención y el tratamiento de la diabetes mellitus. Sin embargo, en la práctica clínica, la adherencia a la actividad física continúa siendo un reto. En este contexto, las experiencias colectivas y significativas, como realizar el Camino de Santiago, facilitan al apoyo mutuo y pueden convertirse en poderosas herramientas educativas y motivacionales.

La iniciativa, puesta en marcha por la Fundación para la Salud de Novo Nordisk España (FSNN) y la Federación Española de Diabetes (FEDE), se realizó entre el 15 y el 21 de septiembre de 2025, partiendo de Vigo y pasando por Redondela, Pontevedra, Caldas, Padrón, Milladoiro y llegada a Santiago de Compostela, agrupando a personas con diabetes y familiares, que emprendieron una caminata de seis etapas, con un promedio de 17,5 km diarios. El objetivo fue doble: fomentar la autogestión de la diabetes a través de la actividad física prolongada, y promover un estilo de vida que incluya actividad y hábitos nutricionales apropiados en un entorno real.

Diabetes práctica 2025: 16(04):107-139. doi: 10.52102/diabet/pract.2025.4.art3

METODOLOGÍA DE LA EXPERIENCIA

Previo a la realización del Camino era necesario realizar la actividad formativa en una plataforma interactiva ("Haciendo Camino"), dispuesta para ello en la que, de forma sucinta, se abordaron temas como introducción a la diabetes, medicación, prevención cardiovascular, enfermedad renal crónica, complicaciones crónicas, manejo del estrés relacionado con la diabetes… Además, se promovió la preparación y el entrenamiento guiados también desde la plataforma, para garantizar una condición física adecuada a las exigencias físicas del Camino.

Entre abril y junio los participantes han tenido la oportunidad de realizar distintos entrenamientos de manera individual o a través de sus federaciones o asociaciones. Para ello, la FSNN ha puesto a su disposición también la plataforma interactiva "Haciendo Camino", que les ha permitido gestionar y compartir los entrenamientos realizados con otros usuarios.

El grupo estuvo integrado por 64 personas con diferentes tipos de diabetes —tipo 1, tipo 2, LADA, prediabetes y acompañantes sin diabetes—, 10 monitores, 4 miembros de la organización y 7 profesionales sanitarios (2 enfermeras y 5 médicos). La ruta, de dificultad moderada, combinó tramos rurales, urbanos y de montaña. Cada jornada implicó entre 5 y 6 horas de caminata, con controles periódicos de glucemia y paradas programadas para hidratación y alimentación. Antes del inicio de cada etapa, se llevaban a cabo perlas informativas sobre diabetes y ejercicios de calentamiento. Durante el recorrido, los profesionales sanitarios supervisaron los controles y ofrecieron educación terapéutica en movimiento. Tras cada etapa, se realizaron sesiones educativas sobre ajuste de medicación, uso adecuado de insulina, bombas de insulina, prevención de enfermedad cardiovascular y de hipoglucemias, manejo de sensores, nutrición saludable, cuidados de los pies, así como deporte y diabetes. Todos los días se realizaba una consulta de revisión de los pies para las personas con algún problema en los mismos. La jornada concluía con una puesta en común de experiencias y aprendizajes por el equipo organizador, monitores y sanitarios.

RESULTADOS OBSERVADOS

A nivel clínico, el ejercicio aeróbico mantenido a intensidad moderada permitió un control glucémico estable, aunque fueron inevitables algunos episodios de hipoglucemia significativa. Los ajustes en insulina basal y bolo fueron necesarios en diabetes tipo 1 y LADA, especialmente los primeros días. En diabetes tipo 2, se observó una reducción de glucemias capilares y una mayor percepción de control. Los participantes refirieron mejoras en el bienestar general, descenso del estrés percibido y una sensación de autonomía y empoderamiento frente a la enfermedad.

Resultados de la encuesta sobre hábitos saludables

Se realizó una autoencuesta basada en el semáforo de hábitos saludables (Figura 1), recogiendo 45 respuestas (70,3 % participantes), que mostró un perfil mayoritariamente masculino (67 %), con una edad media de 63,6 años. Incluyó personas con diabetes tipo 1 (15), tipo 2 (16), sin diabetes (13) y un caso de LADA (Tabla 1 y Figura 2). La mayoría refirió una alimentación adecuada (69 %) y práctica regular de actividad física (82 %), con solo un 4 % sedentarios. El 62 % mantenía normopeso, mientras que un 31 % refería sobrepeso y un 7 % obesidad (Tabla 2 y Figura 3). En el control metabólico, el 53 % manifestó tener valores de glucemia/HbA1c dentro de objetivo y un 36% en rango mejorable. El control de la presión arterial fue adecuado en el 62 %, y el de lípidos en el 53 % (Tabla 3 y Figura 4). El 76 % refirió realizar autocuidados regulares y el 98 % no fumaba. En cuanto al consumo de alcohol, predominó el consumo ocasional (56 %), seguido de abstinencia (36 %). La higiene personal y podológica fue adecuada en el 80 % de los encuestados. Sin embargo, el sueño se consideró mejorable en el 60 % y el estrés presente en algún grado en el 53 %.

En conjunto, los resultados reflejan un perfil de participantes activos, comprometidos con el autocuidado y con buen control metabólico general, aunque persisten áreas de mejora en la gestión del descanso y del estrés. La experiencia del Camino actuó como un estímulo positivo para reforzar hábitos saludables y la percepción de bienestar.

La caminata prolongada y moderada, como la que implica el Camino de Santiago, representa una forma de actividad física sostenida con impacto positivo tanto fisiológico como psicosocial. Mejora la sensibilidad a la insulina, reduce la presión arterial y promueve un aprendizaje vivencial sobre el manejo de la diabetes en condiciones reales. El Camino se convierte en una metáfora del proceso crónico: esfuerzo, superación, planificación y apoyo mutuo. La participación del equipo sanitario permitió integrar la atención clínica con la experiencia personal, reforzando la confianza paciente-profesional y la educación terapéutica.

CONCLUSIONES

El Camino de Santiago ofrece un marco excepcional para el aprendizaje activo en diabetes. Más allá del ejercicio físico, representa un espacio de educación terapéutica, empoderamiento y conexión humana. Esta experiencia demuestra que, con preparación y acompañamiento adecuados, la diabetes no limita la participación en actividades físicas intensas ni la convivencia grupal. Las caminatas prolongadas guiadas por profesionales deberían considerarse una herramienta educativa complementaria en el manejo integral de la diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care. Volume 48, Supplement 1, January 2025. https://diabetesjournals.org/care/issue/48/Supplement_1
2. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos. 8 Ejercicio. Prescripción de ejercicio físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Fundación RedGDPS. 2018; 50-53. https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/8-ejercicio-20180917
3. Colberg SR, et al. Exercise and Type 2 Diabetes: ACSM and ADA joint position statement. Diabetes Care 2016;39(11):2065-2079. https://diabetesjournals.org/care/article/39/11/2065/37249/Physical-Activity-Exercise-and-Diabetes-A-Position
4. FEDE (Federación Española de Diabetes). "La epidemia silenciosa: efectos de la falta de educación en diabetes". https://www.fedesp.es/bddocumentos/1/LA-EPIDEMIA-SILENCIOSA.-EFECTOS-DE-LA-FALTA-DE-EDUCACION-EN-DIABETES.pdf
5. Gargallo-Fernández M, Escalada-San Martín J, Chico-Ballesteros A, Lecumberri-Pascual E, Tejera-Pérez C, Fernández-García JC, Rozas-Moreno P, Marco-Martínez A, Gómez-Peralta F, López-Fernández J. Executive summary of the consensus statement of: Clinical recommendations for sport practice in people with diabetes (RECORD Guide). Update 2021. Diabetes Mellitus Area of the Spanish Society of Endocrinology and Nutrition (SEEN). Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2021 Sep 3:S2530-0164(21)00187-7.
6. Ortega Ríos FJ. Decálogo de prevención cardiovascular en diabetes mellitus. El método del semáforo en la consulta de Atención Primaria. Diabetes Práctica. 2013;4:68-71. https://www.diabetespractica.com/files//docs/publicaciones/138238247103_habilidades.pdf

ANEXO

Figura 1. Encuesta sobre hábitos saludables en diabetes.

HACIENDO camino

Semáforo de hábitos saludables

Tipo de Diabetes:
Tipo 1
Tipo 2
No diabetes

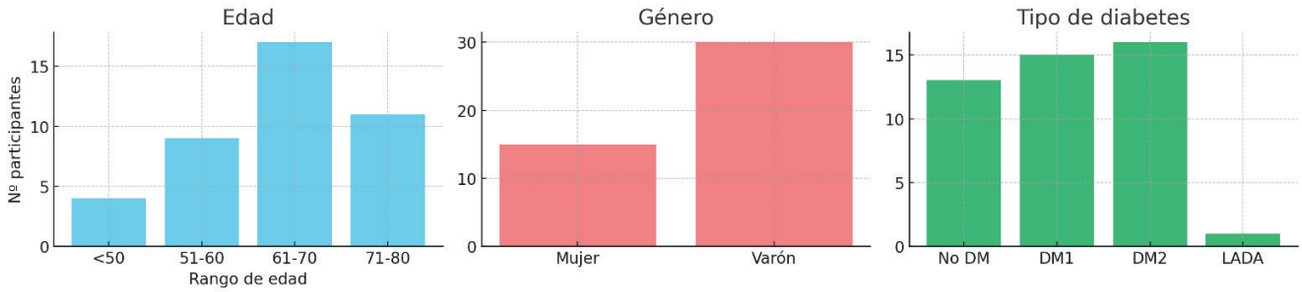
Género
Mujer
Varón

Edad:

	🟢	🟡	🔴
Alimentación	Adecuada	A veces	Inadecuada
Actividad física	Si realizo	A veces	Sedentario
Control Peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Glucosa/HbA1c	En objetivo	Mejorable	NO control
Tensión Arterial	En objetivo	Mejorable	NO control
Lípidos	En objetivo	Mejorable	NO control
Autocuidado	SI realizo	A veces	NO
Tabaco	NO fumo	Intentando	Si fumo
Alcohol	No bebo	A veces	A diario
Higiene (general, boca, pies)	Adecuada	Mejorable	NO
Sueño	Adecuado	Mejorable	Insomnio
Estrés	No tengo	Mejorable	Mucho

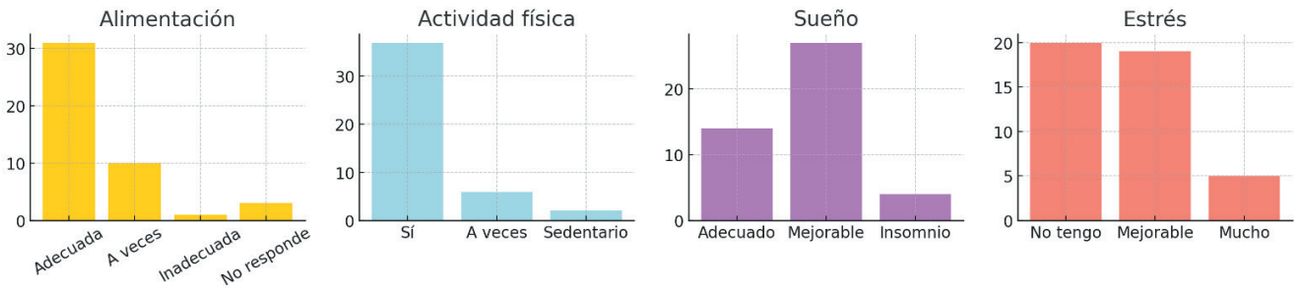
Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Distribución de la muestra por edad, género y tipo de diabetes.



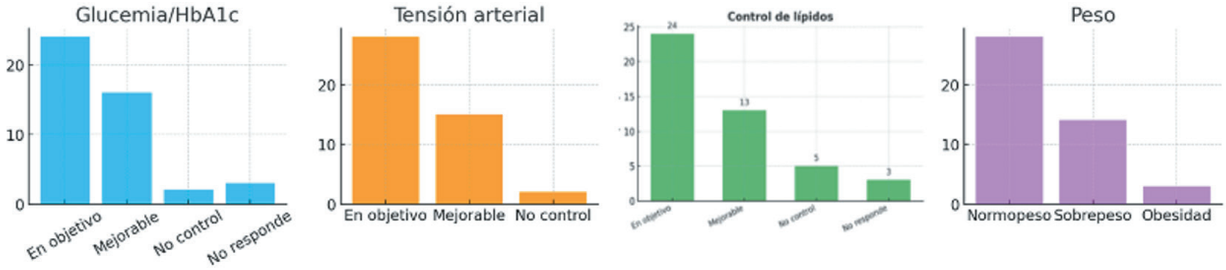
Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Hábitos saludables: alimentación, actividad física, sueño y estrés.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Grado de control metabólico, tensión arterial, lípidos y peso.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Distribución de la muestra.

Variable	Categoría	N	%
Sexo	Mujer	15	33,3
	Varón	30	66,7
Edad	<50 años	4	8,9
	51–60 años	9	20,0
	61–70 años	17	37,8
	71–80 años	11	24,4
Tipo de diabetes	No DM	13	28,9
	DM1	15	33,3
	DM2	16	35,6
	LADA	1	2,2

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Grado de control metabólico.

Parámetro	Categoría	N	%
Peso	Normopeso	28	62,2
	Sobrepeso	14	31,1
	Obesidad	3	6,7
Glucemia / HbA1c	En objetivo	24	53,3
	Mejorable	16	35,6
	No control	2	4,4
	No responde	3	6,7
Tensión arterial	En objetivo	28	62,2
	Mejorable	15	33,3
	No control	2	4,4
Lípidos	En objetivo	24	53,3
	Mejorable	13	28,9
	No control	5	11,1
	No responde	3	6,7

Fuente: Elaboración propia.

Diabetes práctica 2025: 16(04):107-139. doi: 10.52102/diabet/pract.2025.4.art3

Tabla 3. Hábitos saludables.

Variable	Categoría	N	%
Alimentación	Adecuada	31	68,9
	A veces	10	22,2
	Inadecuada	1	2,2
	No responde	3	6,7
Actividad física	Sí	37	82,2
	A veces	6	13,3
	Sedentario	2	4,4
Autocuidado	Realiza	34	75,6
	A veces	8	17,8
	No realiza	2	4,4
	No responde	1	2,2
Higiene	Adecuada	36	80,0
	Mejorable	9	20,0
Sueño	Adecuado	14	31,1
	Mejorable	27	60,0
	Insomnio	4	8,9
Estrés	No tengo	20	44,4
	Mejorable	19	42,2
	Mucho	5	11,1
	No responde	1	2,2
Fumar	No	44	97,8
	Sí	1	2,2
Alcohol	A veces	25	55,6
	A diario	4	8,9
	No bebe	16	35,6

Fuente: Elaboración propia.