



# MTRENA ENTRENAMIENTO INDIVIDUALIZADO

BARRIOS LAFRAGÜETA, Miguel



## Tabla de contenido

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	2
ENTREVISTA DE SALUD INICIAL .....	6
Valoración del estado de salud .....	6
Cuestionario PAR-Q.....	6
Valoración inicial del aparato locomotor .....	6
Salud cardiovascular (consulte con su médico si es necesario) .....	7
Valoración sensorial .....	7
Otros riesgos .....	7
Otros datos de interés.....	7
Antecedentes de práctica deportiva.....	7
Objetivo de entrenamiento.....	8
Tiempo disponible para la práctica .....	8
Material de entrenamiento, instalaciones y lugar de entrenamiento.....	8
Otros datos de interés.....	8



# HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

## Actividad Física y Salud – Entrenamiento individualizado

Usted acepta ser partícipe de un programa de entrenamiento en beneficio de su salud en el que entre otras actividades, realizará:

- Un consentimiento informado que leerá y aceptará en su caso a continuación, eligiendo el modo en el que se llevará a cabo su entrenamiento.
- Una entrevista inicial donde se le preguntará acerca de sus datos sociodemográficos, de salud y deberá rellenar un cuestionario médico estandarizado (es libre de no dar los datos que no considere oportunos).
- Una evaluación de la condición física y test de fuerza máxima (o estimaciones a partir de datos submáximos). Esta evaluación consta de diferentes ejercicios para identificar su nivel inicial. Entre otros:
  - Fuerza máxima y/o fuerza explosiva de varios grupos musculares.
  - Flexibilidad.
  - Resistencia cardiopulmonar – prueba de esfuerzo - ergometría.
  - Coordinación.
  - Composición corporal.
- Se le informará sobre las recomendaciones básicas de actividad física para su grupo poblacional.
- Se le realizará una planificación/prescripción del entrenamiento para un periodo de tiempo a acordar con el profesional a cargo.

Este asesoramiento/entrenamiento será dirigido por D. **Miguel Barrios Lafragüeta**:

- Graduado en Ciencias de la actividad Física y el Deporte.
- Entrenador Personal por la Federación Española de Halterofilia.
- Entrenador Superior de Musculación, Culturismo y Fitness por la Escuela de Entrenadores de la Federación Española de Halterofilia.
- Experiencia en varios centros y clubes deportivos.

Si acepta, se le solicitará:

- El seguimiento de la prescripción del ejercicio que se le proponga.
- La asistencia a los centros o instalaciones acordadas entre usted y el profesional, si es el caso de un entrenamiento individualizado supervisado.
- La realización de los cuestionarios que se le soliciten de manera sincera.
- Permiso, previo aviso, para la obtención y publicación de imágenes, grabaciones y mediciones por parte del profesional en el caso de que le sean requeridas, para uso en página web profesional y redes sociales, y en posibles estudios de investigación.

## Riesgos y beneficios:

Los riesgos y los beneficios son los propios de la realización de cualquier programa de actividad física. Los riesgos derivados de la actividad y los propios de las instalaciones y materiales que el cliente o el profesional acuerden utilizar, serán gestionados por el propio individuo y su correcta forma de uso.

Importante: se recomienda la realización de un reconocimiento médico o una prueba de esfuerzo previo a la práctica habitual de actividad física.

## Confidencialidad.

La identidad del participante será protegida de forma que ninguna persona ajena al desarrollo de la actividad, pueda acceder a la información proporcionada por este. Toda la información que pueda identificar al participante será tratada confidencialmente.

De la misma manera, se tendrá la misma confidencialidad con el material audiovisual extraído.

## Incentivos.

Usted recibirá un informe con los datos extraídos en su evaluación inicial y resultados obtenidos progresivamente (evaluaciones sucesivas). De la misma manera se le entregará la planificación/ prescripción del ejercicio a la mayor brevedad posible según lo acordado.

## Derechos.

**Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del programa/asesoría en cualquier momento. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.**

**Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre los procedimientos, por favor comuníquese con Miguel Barrios Lafragüeta, en persona, al número 637891853 o a la siguiente dirección de correo electrónico: miguel.barrios.lafragueta@gmail.com**

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento y que todos los datos recogidos en ella son veraces.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante.

\_\_\_\_\_  
Firma.

\_\_\_\_\_  
Fecha.

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Miguel Barrios Lafragüeta

\_\_\_\_\_  
Nombre del profesional.

\_\_\_\_\_  
Firma.

\_\_\_\_\_  
Fecha.



## **CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA SUBMÁXIMA DE ESFUERZO EN CICLOERGÓMETRO**

### **Declaración para participantes:**

A fin de evaluar la capacidad cardiorrespiratoria y predecir la capacidad funcional máxima, acepto voluntariamente someterme a una prueba submáxima en el cicloergómetro.

El procedimiento de la prueba a la cual me someteré, será desempeñado en el cicloergómetro a una cadencia de 50 r.p.m con una carga ergométrica inicial de 300 kpm (varones) o 150 kpm (mujeres). Después, la carga se aumentará cada 3 minutos (o hasta que se alcance una frecuencia cardíaca constante); hasta que se completen 3 etapas. Entiendo que de tener síntomas, tales como: fatiga, sensación de falta de aire (respiración corta) o sensación rara en el pecho; debo informar al evaluador la decisión de detener la prueba. Mi pulso y presión arterial serán monitoreadas durante cada etapa del ejercicio.

Los riesgos de la prueba incluyen respuestas anormales en la presión arterial, cambios ocasionales en el ritmo cardíaco, muy rápido, muy lento o inefectivo, y como remota probabilidad un desmayo o ataque al corazón. La presencia de un médico no será necesaria durante la prueba. No obstante, habrá un protocolo de soporte vital.

Los beneficios de la prueba incluyen una evaluación cuantitativa de la máxima capacidad de trabajo, de la cual una prescripción diaria de entrenamiento será preparada.

El derecho de retirarse de la prueba en cualquier momento con impunidad y el derecho de no divulgar la información obtenido de la prueba sin previo consentimiento será asegurado. Antes de firmar, puede hacer cualquier pregunta.

### **Consentimiento:**

Certifico que he leído la declaración y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta, por tanto, doy mi consentimiento para proceder con la prueba submáxima en el cicloergómetro.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante.

\_\_\_\_\_  
Firma.

\_\_\_\_\_  
Fecha.

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Miguel Barrios Lafragüeta

\_\_\_\_\_  
Nombre del profesional.

\_\_\_\_\_  
Firma.

\_\_\_\_\_  
Fecha.



## **INSTRUCCIONES GENERALES PARA LOS PARTICIPANTES ANTES DE SOMETERSE A LA PRUEBA SUBMÁXIMA EN EL CICLOERGÓMETRO**

- Planifique presentarse en el lugar de la prueba con un periodo de antelación de una media hora.
- Absténgase de fumar o por lo menos, no lo haga dos horas y media antes de la prueba.
- No consuma grandes cantidades de comida, café o bebidas que contengan cafeína por lo menos dos horas y media antes de la prueba y una hora después.
- No tome bebidas alcohólicas durante las 24 horas que preceden a la prueba.
- Absténgase de una actividad física vigorosa dos horas antes de la prueba.
- El día de la prueba, usted deber estar libre de cualquier enfermedad, síntoma peligroso y fiebre; de lo contrario, no deber realizar la prueba.
- Para las pruebas matutinas, deberá desayunar dos horas y media antes de la prueba y comer ligero (evite grasas y lácteos).
- Si la prueba es por la tarde, deberá ingerir un almuerzo ligero tres horas antes de la misma.
- Si usted es un paciente con alguna enfermedad cardiovascular bajo medicamentos, continúe tomándolos según fue prescrito por su médico.
- Debe informar del uso de drogas; píldoras del corazón, nitroglicerina, propranolol y diuréticos, ya que pueden interferir con la prueba. Consulte con su médico.
- Use o lleve vestimenta apropiada y zapatillas de deporte. Pantalones cortos y camiseta o top que permita la ventilación.

### **CONTRAINDICACIONES A LA PRUEBA DE ESFUERZO**

#### **Contraindicaciones absolutas:**

- Un cambio significativo y reciente en el ECG en reposo que sugiere un infarto u otro evento cardíaco agudo.
- Un reciente infarto de miocardio complicado (a menos que el paciente esté estabilizado o no haya dolor).
- Angina inestable.
- Arritmia ventricular no controlada.
- Arritmia auricular que amenaza la función cardíaca.
- Bloqueo AV de tercer grado sin marcapasos.
- Insuficiencia cardíaca congestiva aguda.
- Estenosis aórtica grave.
- Aneurisma disecante sospechado o diagnosticado.
- Miocarditis o pericarditis sospechadas o declaradas.
- Tromboflebitis o trombos intracardíacos.
- Émbolo pulmonar o sistémico reciente.
- Infecciones agudas.
- Psicosis.

#### **Contraindicaciones relativas:**

- Tensión arterial diastólica >115 mmHg en reposo, o tensión arterial sistólica >200mmHg en reposo.
- Enfermedad valvular cardíaca moderada.
- Alteraciones electrolíticas conocidas (hipocaliemia, hipomagnesemia).
- Marcapasos de ritmo fijo (usado raramente).
- Ectopia ventricular compleja o frecuente.
- Aneurisma ventricular.
- Enfermedades metabólicas incontroladas (p. ej., diabetes, tirotoxicosis o mixedema).
- Enfermedades infecciosas crónicas (p. ej., mononucleosis, hepatitis, SIDA).
- Trastornos neuromusculares, musculoesqueléticos o reumatoides que se exacerben con el ejercicio.
- Embarazo complicado o avanzado.

## ENTREVISTA DE SALUD INICIAL

<b>Nombre y apellidos:</b>		
<b>Edad:</b>	<b>Profesión:</b>	<b>Tlf:</b>
<b>DNI:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Nº hijos:</b>
Actividad física principal:		
<b>Altura:</b>	<b>Peso:</b>	<b>IMC (peso/altura<sup>2</sup>):</b>
Dirección:		
Fecha de la última revisión médica:		
<b>Alergias:</b>	<b>Medicaciones:</b>	
En caso de emergencia contactar con:	<b>Tlf:</b>	

### Valoración del estado de salud

#### Cuestionario PAR-Q

Breve cuestionario previo a la realización del programa que tiene como objetivo detectar posibles situaciones de riesgo. Conteste SÍ o NO (puede adjuntar cualquier tipo de información adicional que considere relevante).

¿Le ha dicho alguna vez su médico que tiene problemas cardíacos incompatibles con la actividad física?	SÍ	NO
¿La actividad física le ocasiona dolores en el pecho?	SÍ	NO
En el último mes, ¿ha sentido dolor en el pecho cuando ha hecho algún esfuerzo?	SÍ	NO
¿Siente mareos que le hacen perder el equilibrio o el conocimiento?	SÍ	NO
¿Tiene algún problema óseo o articular que pudiera agravarse con el ejercicio físico?	SÍ	NO
¿Le receta su médico medicamentos contra la hipertensión o la insuficiencia cardíaca (por ejemplo, diuréticos)?	SÍ	NO
¿Su experiencia personal o el asesoramiento médico le hacen pensar que no debería hacer ejercicio físico sin prescripción médica?	SÍ	NO

### Valoración inicial del aparato locomotor

Tiene como objetivo detectar la presencia de alteraciones que impidan la realización de algunas actividades o ejercicios propuestos:

Enfermedades crónicas

Alteraciones estructurales o posturales

Alteraciones funcionales (articulaciones...)



## Salud cardiovascular (consulte con su médico si es necesario)

Control de los elementos de riesgo para poder clasificar al sujeto en función de sus posibilidades de sufrir una enfermedad cardiovascular, pulmonar...

Edad		
¿Es fumador habitual?	SÍ	NO
¿Tiene la tensión alta/baja?	SÍ	NO
¿Glucosa elevada?	SÍ	NO
Actividad física semanal	días	
¿Problemas de colesterol?	SÍ	NO
¿Sufre sobrepeso?	SÍ	NO
Historial familiar de enfermedades relevantes:		

## Valoración sensorial

Tiene como objetivo identificar posibles alteraciones que puedan suponer la modificación o adaptación del programa de entrenamiento:

Alteraciones en la vista y efectos en su vida cotidiana:

Alteraciones en el oído y efectos en su vida cotidiana:

Otras alteraciones sensoriales:

## Otros riesgos

Otros riesgos importantes que puedan afectar o suponer modificaciones de tipo, frecuencia, actividad...del ejercicio físico (indique SÍ o NO y a continuación la información que considere relevante así como nombres y productos).

Consumo de fármacos	SÍ	NO	
Consumo de alcohol y otras sustancias	SÍ	NO	
Trastornos alimentarios o cambios bruscos de peso	SÍ	NO	
Embarazo y lactancia	SÍ	NO	

## Otros datos de interés

Horas y calidad del sueño:

¿Su entorno practica actividad física?

Defina brevemente su tipo de alimentación:

## Antecedentes de práctica deportiva

Deporte/s practicado/s:

Edad de práctica (de \_ a \_):

Causa del abandono:





## Objetivo de entrenamiento

Exponga a continuación el objetivo personal del entrenamiento (mantenimiento/mejora de la salud, maximizar el rendimiento, pérdida de peso, hipertrofia muscular, acondicionamiento...), asimismo, indique el nivel de compromiso respecto a este objetivo y sus motivaciones principales.

---

---

## Tiempo disponible para la práctica

*\*No tiene por qué ser supervisado.*

Días de entrenamiento a la semana que quiere/puede invertir:

---

Horas de entrenamiento por día:

---

Tiempo que requiere de supervisión (completo/parcial/h):

---

Disponibilidad fines de semana o festivos:

---

Otras actividades físicas en su tiempo de ocio:

---

Tipo de transporte que utiliza habitualmente:

---

## Material de entrenamiento, instalaciones y lugar de entrenamiento

A continuación, debe describir con la mayor exactitud posible el material e instalaciones de las que dispone o de las que estaría dispuesto a disponer o utilizar (ejemplo: quiero entrenar al aire libre, en casa, en un parque, en un gimnasio, puedo ir a piscinas, rocódromo, dispongo de calzado de running o bicicleta, mancuernas...).

---

---

## Otros datos de interés

Exponga en esta sección todos los datos que no se hayan contemplado previamente y considere relevantes para el diseño y adaptación de su programación de entrenamiento:

---

---