



Consenso

ACSM 2026

**Sobre
Entrenamiento
de Fuerza**

ROCÍO CONTRERAS ÁLVAREZ

LAROCIOKINESIOLOGA.COM



Introducción

El posicionamiento del ACSM (2026) actualiza las recomendaciones para la prescripción de entrenamiento de fuerza en **personas adultas sanas**, tras más de una década sin revisiones de esta magnitud desde el documento publicado en 2009.

Se basa en la síntesis de más de 137 revisiones sistemáticas y cerca de 30.000 participantes, centrando sus conclusiones en población adulta (18 años o más) sin condiciones clínicas específicas.

Se trata de un documento relevante porque organiza variables clave de prescripción — frecuencia, intensidad, volumen, esfuerzo y tipo de ejercicio— y consolida hallazgos que hasta ahora se encontraban dispersos.

Sin embargo, sus conclusiones se presentan como aplicables a una población que no es homogénea. En kinesiología, esto implica interpretar estas recomendaciones considerando las condiciones de vida, la historia corporal y las diferencias que el propio consenso no aborda.

Recomendaciones principales (Basado en el Consenso 2026)

Variable	Fuerza Máxima	Hipertrofia	Potencia
Frecuencia	≥ 2 días/semana.	No es determinante si se iguala el volumen.	≥ 2 días/semana (general).
Intensidad (Carga)	Alta (≥ 80% 1RM).	Rango amplio (30% a 100% 1RM).	Moderada (30%-70% 1RM).
Volumen (Series)	2 a 3 series por ejercicio.	≥ 10 series semanales por grupo.	Bajo-moderado (Rep × Series ≤ 24).
Esfuerzo (RIR)	2-3 RIR; el fallo no es necesario.	2-3 RIR; suficiente para adaptaciones.	Lejos del fallo; máxima velocidad volitiva.
Orden	Inicio de la sesión.	No es determinante.	Inicio de la sesión

Lectura clínica

El consenso refuerza que la adaptación **depende del esfuerzo y de la carga interna**, más que del **tipo de implemento utilizado**.

Esto implica que distintas formas de entrenamiento pueden ser igualmente efectivas si el estímulo es equivalente. En otras palabras, el desarrollo de la fuerza **no depende de un contexto específico como el gimnasio, sino de cómo se organiza la carga**.

Desde la práctica, esto tiene una implicancia directa: el uso de peso corporal, bandas u otros implementos simples no son una alternativa secundaria, sino una forma válida de entrenamiento.

En este sentido, **el acceso a equipamiento deja de ser el factor central**.

En la misma línea, el consenso indica que el **horario de entrenamiento no genera diferencias significativas** en las ganancias de fuerza, y que la evidencia es insuficiente para establecer efectos claros en hipertrofia o potencia. Esto permite ajustar el momento de entrenamiento según la disponibilidad de cada persona, sin comprometer los resultados.

La participación y la adherencia pasan a ser criterios centrales. Esto refuerza que es más relevante realizar cualquier forma de entrenamiento de fuerza de manera regular que seguir protocolos estrictos y complejos.

Principales hallazgos

Las recomendaciones se sostienen en los siguientes puntos:

- **Fuerza máxima:** existe una relación dosis–respuesta con cargas altas ($\geq 80\%$ 1RM).
- **Hipertrofia:** puede lograrse con un amplio rango de cargas si el volumen total es suficiente.
- **Volumen:** el número de series semanales por grupo muscular es una de las variables más consistentes en la respuesta hipertrófica.
- **Esfuerzo:** no es necesario alcanzar el fallo muscular; trabajar con 2–3 repeticiones en reserva producen adaptaciones comparables.
- **Potencia:** la intención de movimiento rápido es un factor central.
- **Equipamiento:** no se observan diferencias relevantes si el estímulo mecánico es equivalente.

Estos hallazgos refuerzan principios ya descritos, pero con mayor respaldo metodológico.

Análisis crítico desde el enfoque de género

El “adulto sano” como categoría no diferenciada

El consenso utiliza la categoría “adultos sanos” como base.

Desde un enfoque de género, esta categoría es insuficiente, ya que agrupa poblaciones con diferencias relevantes en:

- composición corporal
- perfiles hormonales
- trayectorias de actividad física
- experiencias con el ejercicio

Al no diferenciar estos elementos, las recomendaciones se presentan como equivalentes para grupos que no necesariamente responden de la misma forma.

Ausencia de análisis por sexo y género

A pesar del volumen de evidencia, el consenso no presenta conclusiones diferenciadas por sexo ni incorpora el género como variable de análisis.

Esto implica que:

- no se identifican posibles diferencias en la respuesta al entrenamiento
- no se analizan efectos de factores hormonales
- no se consideran trayectorias de socialización corporal

Desde la práctica clínica, esta omisión limita la precisión de la prescripción en distintas poblaciones.

Producción de conocimiento y representatividad

La evidencia proviene mayoritariamente de países desarrollados.

Desde un enfoque de determinantes sociales, esto implica que:

- las condiciones de entrenamiento estudiadas no son universales
- se asume disponibilidad de tiempo y recursos
- no se consideran desigualdades estructurales en el acceso al ejercicio

Esto afecta directamente la aplicabilidad de las recomendaciones en otros contextos.

Condiciones de acceso y socialización del movimiento

El documento menciona el miedo a la lesión como barrera en adultos mayores. Desde un enfoque de género, esto es parcial.

En mujeres y otras poblaciones, la relación con el ejercicio está influida por:

- procesos de socialización que han limitado el desarrollo de fuerza
- menor exposición previa a entrenamiento de fuerza
- menor acceso a espacios de práctica
- normas sobre el uso del cuerpo y el espacio

Por lo tanto, la adherencia no puede entenderse solo como una decisión individual.

Implicancias para la práctica

Incorporar un enfoque de género y determinantes sociales en la prescripción implica:

- **Contextualizar las recomendaciones**

Ajustarlas a condiciones reales de vida, no a escenarios ideales.

- **Ampliar el concepto de entrenamiento efectivo**

Validar distintas formas de entrenamiento de fuerza según disponibilidad de recursos.

- **Priorizar la autorregulación**

RPE/RIR permiten adaptar la carga a distintas trayectorias y contextos.

- **Considerar la historia de la persona**

La experiencia previa con el ejercicio influye en la implementación.

- **Evitar la aplicación uniforme de estándares**

Las recomendaciones funcionan como rangos de referencia que deben ajustarse según la persona y su contexto.



Conclusión

El posicionamiento del ACSM 2026 representa un avance técnico relevante: consolida la evidencia disponible y clarifica variables centrales en la prescripción de entrenamiento de fuerza.

Su implementación puede mejorar la coherencia en la práctica clínica, la seguridad de la prescripción y la toma de decisiones.

Al mismo tiempo, presenta limitaciones en la forma en que integra la diversidad de la población: ausencia de análisis por sexo y género, y escasa consideración de los determinantes sociales que condicionan el acceso y la práctica del ejercicio.

Incorporar un enfoque de género en este contexto no implica añadir una dimensión adicional, sino ajustar la interpretación de la evidencia y su aplicación clínica a las condiciones reales en que las personas hacen ejercicio.

A partir de esto, se abre una línea de trabajo necesaria y relevante: avanzar hacia una producción de conocimiento y una práctica clínica que integren de forma sistemática el enfoque de género, los determinantes sociales y la diversidad corporal.

Referencia: Currier BS, D'Souza AC, Singh MAF, Lowisz CV, Rawson ES, Schoenfeld BJ, et al. American College of Sports Medicine Position Stand. Resistance training prescription for muscle function, hypertrophy, and physical performance in healthy adults: An overview of reviews. *Med Sci Sports Exerc.* 2026;58(4):851–72.
<http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0000000000003897>