LONGEVIDAD, REJUVENECIMIENTO E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

ENCUESTA OPSA · ALCANCE NACIONAL

Resumen

Síntesis del estudio: objetivo, método y principales resultados

Longevidad, rejuvenecimiento e inteligencia artificial

Encuesta nacional · 1.851 casos

Los avances biotecnológicos plantean la posibilidad de extender sustancialmente la vida humana, pero existe escasa evidencia sobre la disposición social a aceptar estas intervenciones. El objetivo de este estudio fue describir las actitudes hacia la extensión de la vida, el rejuvenecimiento biológico y distintas formas hipotéticas de continuidad vital y la inmortalidad digital.

Se realizó una encuesta transversal online, obteniendo una muestra de 1.851 casos a la que se le propuso completar un cuestionario autoadministrado, El cuestionario combinó 12 bloques temáticos con preguntas sobre longevidad, rejuvenecimiento, vida indefinida e inteligencia artificial; la Escala de Positividad de Caprara; una medida de tres ítems sobre preocupación por la muerte y dos preguntas abiertas codificadas temáticamente. Los resultados fueron ponderados conjuntamente por género y edad de acuerdo con proyecciones oficiales de población.

Los resultados muestran **una promesa creída y una aceptación condicional**. El 89% consideró que la ciencia logrará aumentar significativamente la esperanza de vida durante los próximos treinta años. Sin embargo, el 83% prefirió vivir 90 años con salud plena antes que 150 con limitaciones físicas. La aceptación afirmativa varió según el escenario considerado: 52% aceptaría un tratamiento seguro de rejuvenecimiento, 27% una terapia que permitiera vivir indefinidamente y 15% una continuidad digital basada en la conservación de sus recuerdos y su forma de pensar.

Para sintetizar estas decisiones se construyó el **Índice de Apertura a la Longevidad (IAL)**, que ubica a la población en **44,0 sobre 100**, con una brecha de género de casi diez puntos (varones 48,8; mujeres 39,3) y un máximo de apertura a la longevidad en el tramo de 30 a 49 años (48,4).

El IAL presentó asociaciones positivas (aunque modestas) con la preocupación por la muerte (r = 0,23) y con la positividad orientada hacia el futuro (r = 0,21), pero prácticamente nulas con la positividad referida al presente (r = 0,04). Estos resultados describen una apertura condicional: la extensión de la vida adquiere mayor aceptación cuando se asocia con salud, autonomía y continuidad de los vínculos afectivos. El patrón que atraviesa todo el estudio es que **la longevidad se acepta más como medio -más salud, más lucidez, más tiempo con los afectos- que como fin en sí misma**. Al ser un estudio exploratorio-descriptivo, estos hallazgos deben considerarse como hipótesis para orientar nuevos estudios sobre estás temáticas y requieren replicación en nuevas mediciones en otros grupos y culturas.

Palabras clave: longevidad; rejuvenecimiento; extensión de la vida; preocupación por la muerte; positividad; inteligencia artificial.

Objetivos del estudio

Qué se propuso medir cada bloque del relevamiento

Objetivo General: recolectar evidencia empírica que sirva de base para conocer y comprender las actitudes en torno a la disposición de la población argentina frente a la posibilidad de extender sustancialmente la vida humana, e identificar las condiciones bajo las cuales esa posibilidad se acepta o se rechaza y sus grados respectivos de aceptación o rechazo.

Expectativas sobre la ciencia

3 indicadores

Cuánto interés despierta el tema y qué se espera de la ciencia en las próximas décadas.

- Interés en los avances científicos sobre longevidad
- Expectativa de extensión significativa de la vida a 30 años
- Plazo percibido para un tratamiento de rejuvenecimiento

Cuánto y cómo se quiere vivir

4 indicadores

Distinguir la duración deseada de la aceptada, y medir el peso de la calidad frente a la cantidad de años.

- Edad hasta la que se desea vivir
- Edad en la que se fijaría el cuerpo y la mente
- Dilema entre 90 años con salud y 150 con limitaciones
- Sentimiento ante la idea de que las personas vivan 150 años

Aceptación de las intervenciones

5 indicadores

Medir por separado cada tipo de intervención, porque la gente las responde de manera muy distinta.

- Tratamiento de rejuvenecimiento para uno mismo
- Tratamiento para un ser querido gravemente enfermo
- Disposición a repetir el tratamiento
- Terapia de vida indefinida
- Preservación digital de la mente mediante inteligencia artificial

Las condiciones y los límites

4 indicadores

Bajo qué condiciones una vida más larga resulta aceptable, y qué la volvería indeseable.

- Los vínculos como condición del tratamiento
- Lo que más pesa de sobrevivir a los seres queridos
- Aquello que le daría sentido a una vida larga
- Riesgos percibidos para la sociedad

Equidad y rol del Estado

3 indicadores

Cómo debería distribuirse el acceso a estas tecnologías.

- Criterio de acceso: igual para todos, los enfermos primero, quien pueda pagarlo
- Rol del Estado: garante del acceso, regulador o prescindente
- Impacto percibido en las jubilaciones y en la desigualdad

Dimensiones psicológicas y síntesis

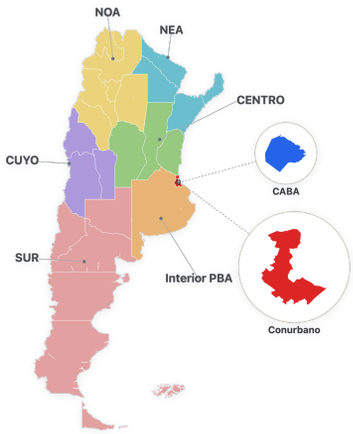
3 indicadores

Explorar qué rasgos acompañan la apertura a la longevidad y sintetizar las decisiones en un indicador comparable.

- Escala de Positividad de Caprara
- Escala de preocupación por la muerte
- Construcción del Índice de Apertura a la Longevidad (IAL)

1 PERFIL GEO-DEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA

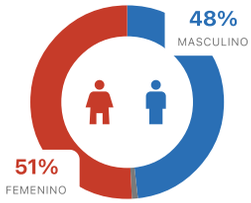
Distribución geográfica por región



GBA (Conurbano)	33,4%	n 619
CABA	32,0%	n 592
Interior PBA	11,0%	n 204
Centro	10,9%	n 202
Cuyo	3,6%	n 67
Sur	3,6%	n 66
NEA	3,1%	n 57
NOA	2,4%	n 44

Total país · N ponderado **1.851**

Género



No binario/otro: 1%

Edad

16 a 29 años	28%
30 a 49 años	37%
50 a 60 años	15%
Más de 60 años	20%

Nivel educativo

Primario incompleto	0%
Primario completo	3%
Secundario completo	36%
Terciario completo	24%
Universitario completo	37%

Afinidad ideológica

Izquierda	26%
Centro-izquierda	30%
Centro	12%
Centro-derecha	9%
Derecha	8%
Ninguna	15%

2 LA EXPECTATIVA FRENTE A LA CIENCIA Y SU APORTE A LA LONGEVIDAD Y EL REJUVENECIMIENTO

En las columnas **Varones** y **Mujeres**, la **barra fantasma** (gris) muestra el valor de la **muestra total**, para comparar cada segmento contra el conjunto (estilo Power BI). Al activar filtros, la columna **Muestra total** también muestra la fantasma.

El interés por el tema

¿Cuánto interés tiene usted en los avances científicos relacionados con la longevidad?

	MUESTRA TOTAL n=1.851	VARONES	MUJERES
POSITIVA	60%	59%	60%
NEGATIVA	40%	41%	40%
Mucho	22%	23%	21%
Bastante	38%	36%	39%
Poco	36%	37%	35%
Ninguno	4%	4%	5%

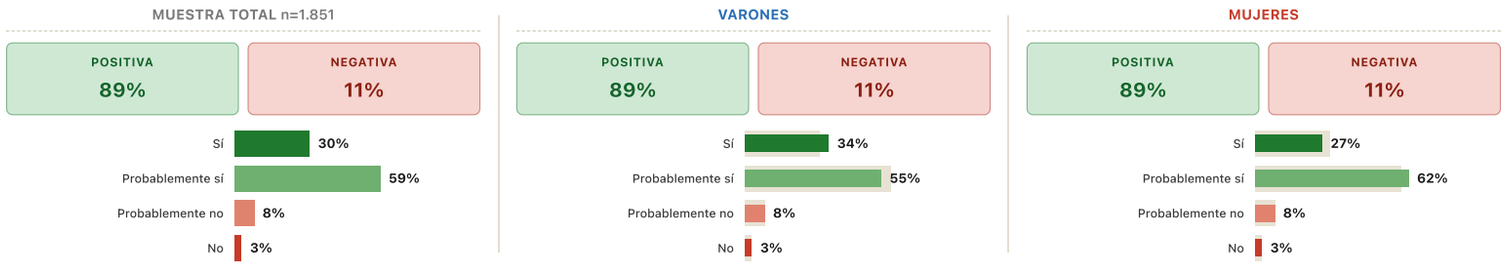
El interés por el tema, según edad

	16 A 29 AÑOS · N=512	30 A 49 AÑOS · N=684	50 A 60 AÑOS · N=274	MÁS DE 60 AÑOS · N=382
POSITIVA	39%	58%	73%	80%
NEGATIVA	61%	41%	27%	19%
Mucho	6%	25%	31%	30%
Bastante	33%	33%	42%	50%
Poco	53%	38%	25%	17%
Ninguno	8%	3%	2%	2%

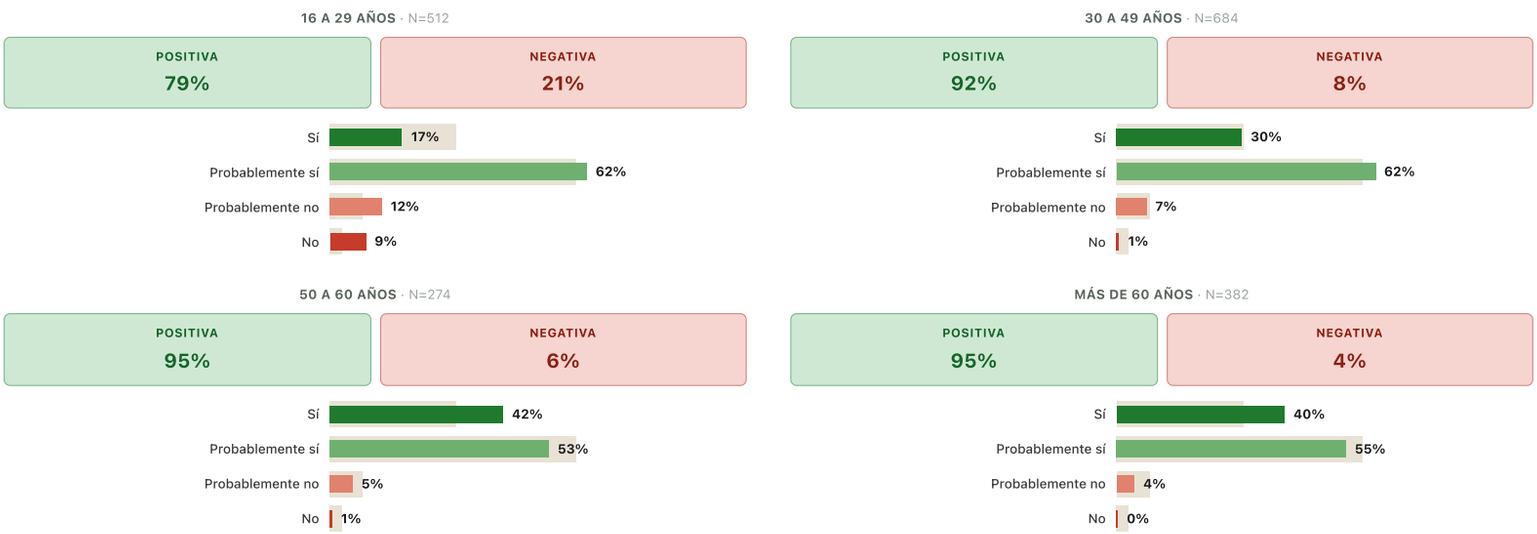
El tema convoca sin apasionar: seis de cada diez (60%) declaran mucho o bastante interés, con el "bastante" (38%) como respuesta típica, y un 36% reconoce poco interés.
Es la base característica de un tema emergente: instalado lo suficiente para opinar, todavía no saturado por la conversación pública.
*El interés **crece de manera sostenida con la edad**: el «mucho interés» pasa del 6% entre los menores de 30 al 25% entre los 30 y 49 años, y a alrededor del 30% de los 50 en adelante. Sumando «mucho» y «bastante», se va del 39% en el tramo más joven al **80% entre los mayores de 60**. La longevidad interesa, sobre todo, a quienes ya sienten el paso del tiempo. (El tramo de 16 a 29 se apoya en 50 casos: leer como tendencia.)*

La expectativa a 30 años

¿Cree que en los próximos 30 años la ciencia logrará aumentar significativamente la esperanza de vida?



La expectativa a 30 años, según edad

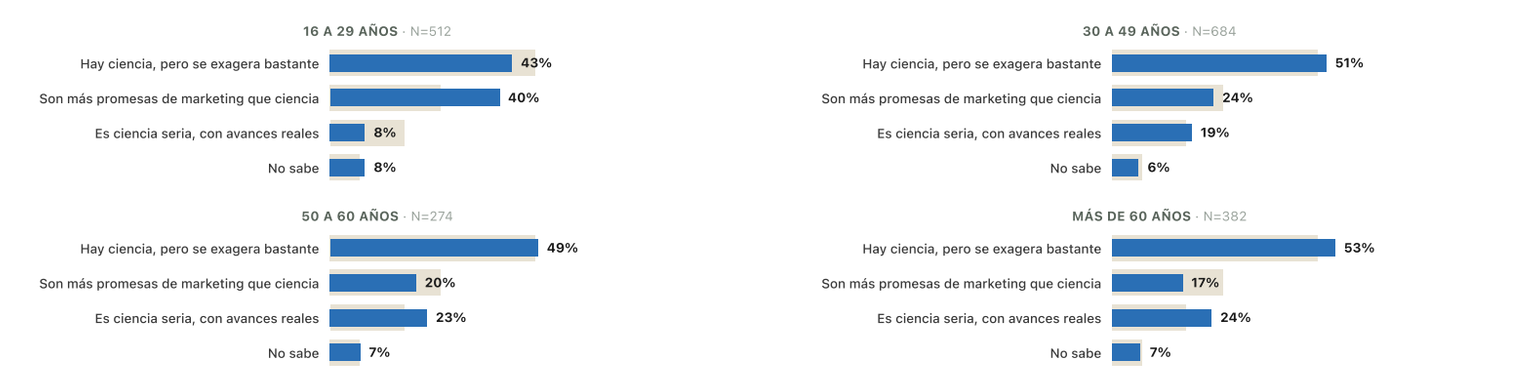


La expectativa es alta pero prudente: el 89% cree que la ciencia logrará alargar significativamente la vida en los próximos 30 años, aunque el "probablemente sí" (59%) duplica al "sí" rotundo (30%).
La promesa es creída como probabilidad, no como certeza: la fe en la ciencia se parece más a un pronóstico que a una convicción.

¿Ciencia seria o promesa exagerada?

Cuando escucha hablar de tratamientos para frenar o revertir el envejecimiento, ¿qué le parece más cercano a la verdad?

¿Ciencia seria o promesa exagerada?, según edad



El escepticismo es templado: la mitad (49%) reconoce que "hay ciencia, pero se exagera", un 26% lo reduce a promesas de marketing y solo un 18% lo toma como ciencia consolidada.

Contra la intuición, los más escépticos son los más jóvenes: entre los menores de 30, el "marketing" sube al 40% y la "ciencia seria" se desploma al 8%. Una lectura posible: quienes crecieron entre anuncios en las redes sociales es la que menos les cree.

¿Cuándo llegarán los tratamientos capaces de rejuvenecer el cuerpo humano?

¿Cuándo cree que existirá un tratamiento capaz de rejuvenecer el cuerpo humano?

¿Cuándo llegará?, según edad

La extensión radical de la vida es percibida como inminente por un tercio: el 14% cree que ya existe y otro 19% la espera para la próxima década; el grupo más grande (28%) la ubica entre 10 y 30 años, y solo el 19% respondió "nunca".

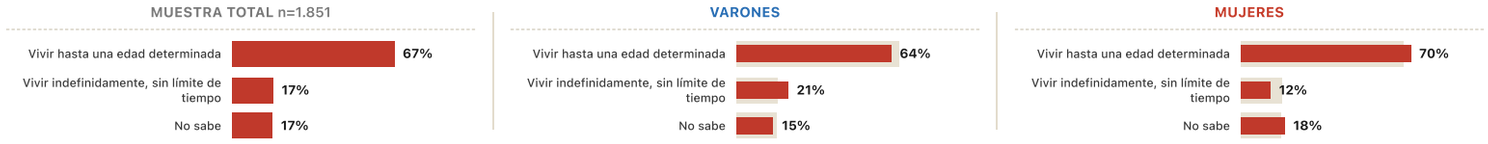
El cruce por edad revela una lógica biográfica: entre los mayores de 60, casi la mitad (46%) la ve a diez años o menos; mientras que entre los menores de 30, esa cercanía cae al 16% y el "nunca" trepa al 28%.

La promesa es esperada con más urgencia por quienes menos tiempo tienen para esperarla.

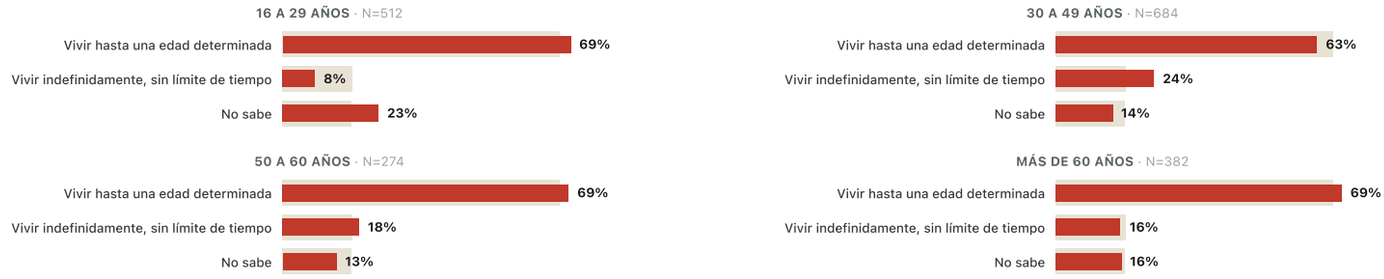
3 CUÁNTO Y CÓMO VIVIR

¿Vivir hasta cuándo?

Suponiendo que conservara buena salud, ¿qué preferiría?



¿Vivir hasta cuándo?, según edad



Vivir hasta una edad determinada es preferido por 2 de cada 3 (67%). Mientras que vivir sin límite de tiempo, solo por el 17%.

Se quiere más vida, pero con final.

La edad deseada

Usted dijo que preferiría vivir hasta una edad determinada ...¿Hasta qué edad, aproximadamente, le gustaría vivir?

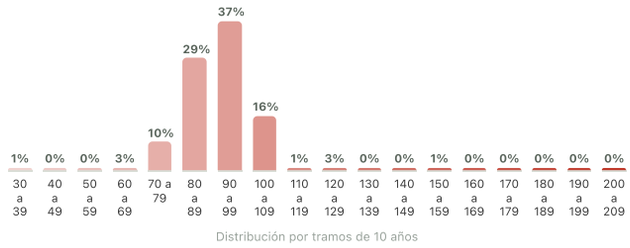
88,6 / **90**

promedio mediana

en años

Promedio varones **90,6**

Promedio mujeres **86,8**



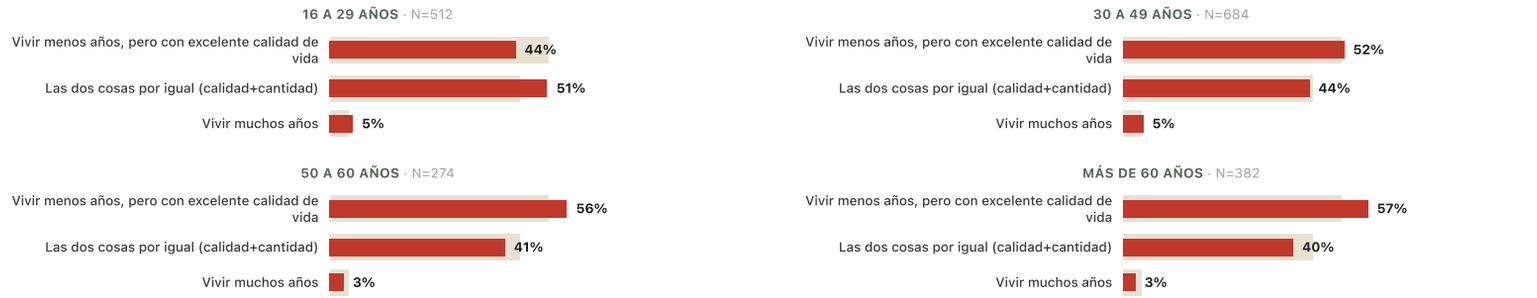
El número pedido es elocuente: 88,6 años en promedio (varones 90,6 · mujeres 86,8) y una mediana de 90.

Es una década más que la esperanza de vida actual: no se sueña con la eternidad, se pide una prórroga y con salud.

Cantidad o calidad

¿Qué es más importante para usted?

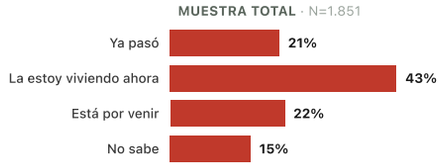
Cantidad o calidad, según edad



La duración sola no seduce: "vivir muchos años" a secas es elegido por apenas el 4%. Vivir menos pero con excelente calidad de vida es preferido por la mitad (51%), y un 44% quiere las dos cosas.
La única franja donde la ambición completa -calidad + cantidad- sale primera (51%) es la de los menores de 30; desde ahí, la calidad pura crece década a década hasta el 57% entre los mayores de 60.

La mejor etapa de la vida

¿Diría que la mejor etapa de su vida ya pasó, la está viviendo ahora o está por venir?



La mejor etapa de la vida, según edad

La mejor etapa de la vida "se está viviendo ahora" para el 43%, y ahí se abre una brecha de género reveladora: "está por venir" es elegido por el 26% de los varones contra el 17% de las mujeres, mientras ellas se inclinan más por el presente (47% contra 38%).

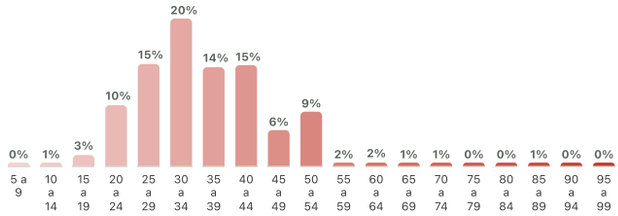
El optimismo hacia el futuro personal, el mismo que mide la Escala de Positividad, asoma preferentemente más masculino que femenino.

Si pudiera fijar su cuerpo y su mente en una edad para siempre, ¿qué edad elegiría? Escriba una edad en años.

35,5 promedio / **35** mediana

en años

16 a 29 años	**28,2**
30 a 49 años	**33,1**
50 a 60 años	**39,9**
Más de 60 años	**46,5**



Distribución por tramos de 5 años

La edad sentida

Más allá de la edad que tiene, ¿qué edad siente que tiene? Escriba una edad en años.

LA BRECHA

–3,7

años más joven se siente la gente respecto de su edad real

LA BRECHA, SEGÚN EDAD

+4,3	–3,3	–7,9	–12,1
16 a 29 años	30 a 49 años	50 a 60 años	Más de 60 años

*El promedio de –3,7 años esconde el verdadero hallazgo: **la brecha no es una constante, cambia de signo con la edad**. Entre los menores de 30 la edad sentida es **mayor** que la real (+4,3 años, sobre una base de apenas 50 casos: dato orientativo); a partir de los 30 se invierte y crece sin pausa — –3,3 años entre los 30 y 49, –7,9 entre los 50 y 60, y **–12,1 años entre los mayores de 60**. Cuantos más años se tienen, más joven se siente uno respecto de su edad: la juventud se apura por crecer y la madurez se resiste a envejecer. Es el desfasaje que la gerontología estudia como edad subjetiva, y acá aparece con una nitidez poco habitual: entre el tramo más joven y el más grande hay más de dieciséis años de diferencia.*

4 REJUVENECIMIENTO

La aceptación del rejuvenecimiento

Imagine que existiera un tratamiento seguro capaz de devolverle —o mantenerle— la condición física que se tiene a los 30 años. ¿Lo aceptaría?

	MUESTRA TOTAL n=1.851	VARONES	MUJERES
POSITIVA	52%	56%	48%
NEGATIVA	13%	13%	13%
Sí	52%	56%	48%
Tal vez	35%	31%	39%
No	13%	13%	13%

La aceptación del rejuvenecimiento, según edad

	16 A 29 AÑOS · N=512	30 A 49 AÑOS · N=684	50 A 60 AÑOS · N=274	MÁS DE 60 AÑOS · N=382
POSITIVA	46%	61%	52%	41%
NEGATIVA	20%	10%	9%	13%
Sí	46%	61%	52%	41%
Tal vez	33%	29%	40%	46%
No	20%	10%		

El rejuvenecimiento es la puerta de entrada: el tratamiento sería aceptado por el 52% y considerado por otro 35%.

Los rechazos de plano son apenas el 13%.

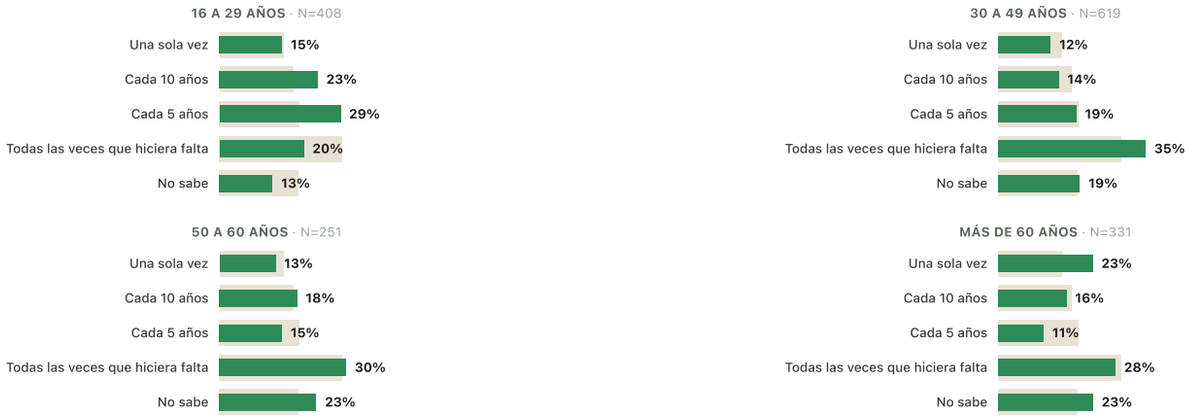
Entre los varones la aceptación es mayor (56% contra 48%), y el pico por tramo de edad está entre los 30 y 49 años (61% de sí); los menores de 30 son los más reticentes: 46% de sí y 20% de rechazo.

*Visto por tramo de edad, la aceptación dibuja una **campana**: 46% entre los menores de 30, 61% entre los 30 y 49, 52% entre los 50 y 60, y cae al **41% entre los mayores de 60** — son quienes menos lo aceptarían, pese a ser los más próximos a necesitarlo. Los menores de 30, en cambio, encabezan el rechazo de plano (20% de «no»). Dos reticencias distintas: la de quien lo ve lejano y la de quien -quizás- ya hizo las paces con su edad.*

¿Cada cuánto lo repetiría?

¿Cada cuánto estaría dispuesto a repetir ese tratamiento para mantener su efecto?

¿Cada cuánto lo repetiría?, según edad



Aceptado el tratamiento, la dosis divide: "todas las veces que hiciera falta" es la respuesta más elegida (29%) pero está lejos de la mayoría, y los varones se muestran más maximalistas (36% contra 23% de las mujeres).

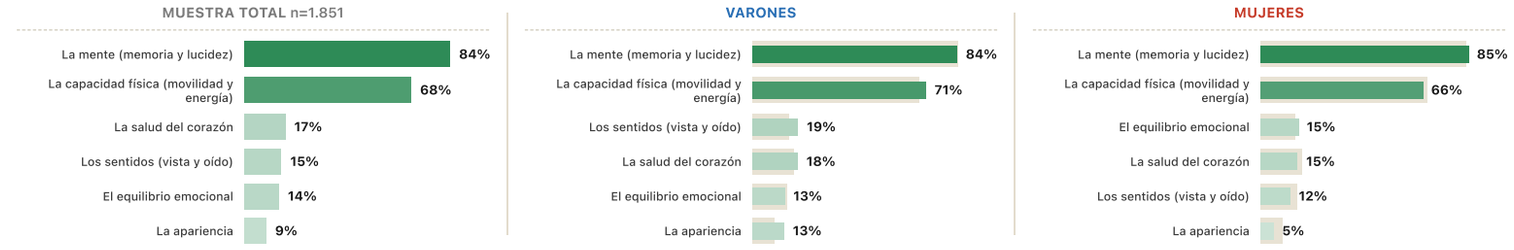
Uno de cada cinco no sabe qué contestar: la pregunta obliga a imaginar una vida que todavía no existe.

Qué conservar joven

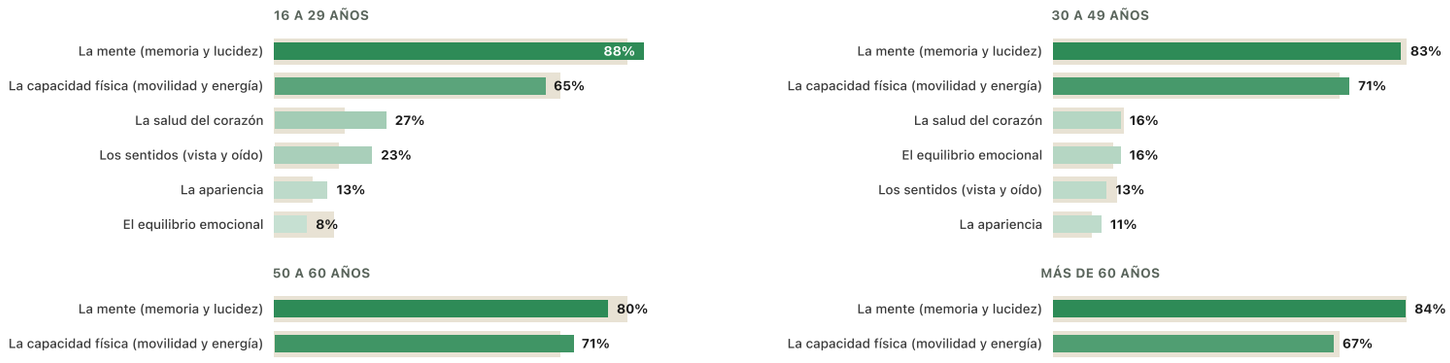
¿Qué le gustaría conservar joven durante más tiempo? Respuestas múltiples

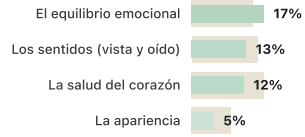
Respuesta múltiple. La intensidad del color crece con el porcentaje de menciones (de mayor a menor).

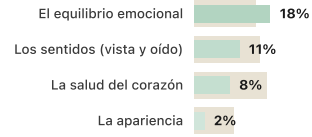
menos menciones — más menciones



Qué conservar joven, según edad





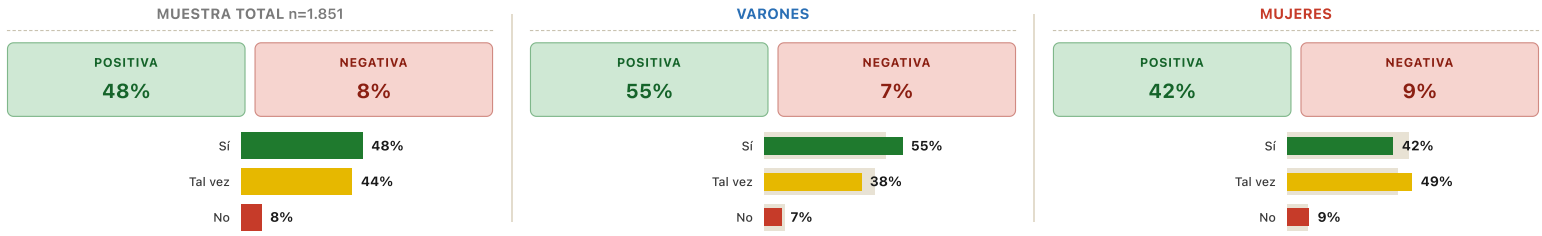


Lo que se quiere conservar joven es, ante todo, la mente con todas sus capacidades (84%) y en segundo lugar, la capacidad física (68%). La apariencia queda última (9%).

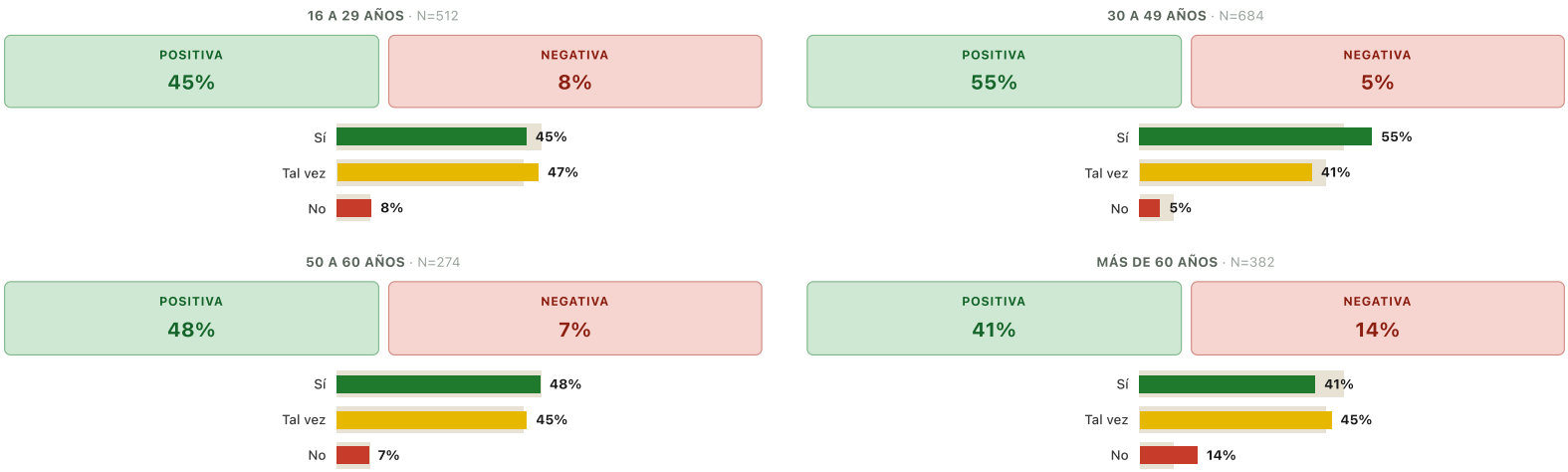
La juventud deseada no es estética sino funcional: memoria, lucidez y energía para seguir siendo uno mismo.

El tratamiento para un ser querido

Si un ser querido suyo estuviera gravemente enfermo, ¿aceptaría que recibiera un tratamiento de rejuvenecimiento?



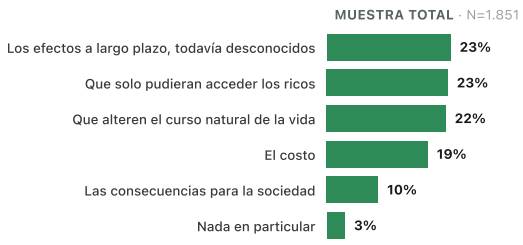
El tratamiento para un ser querido, según edad



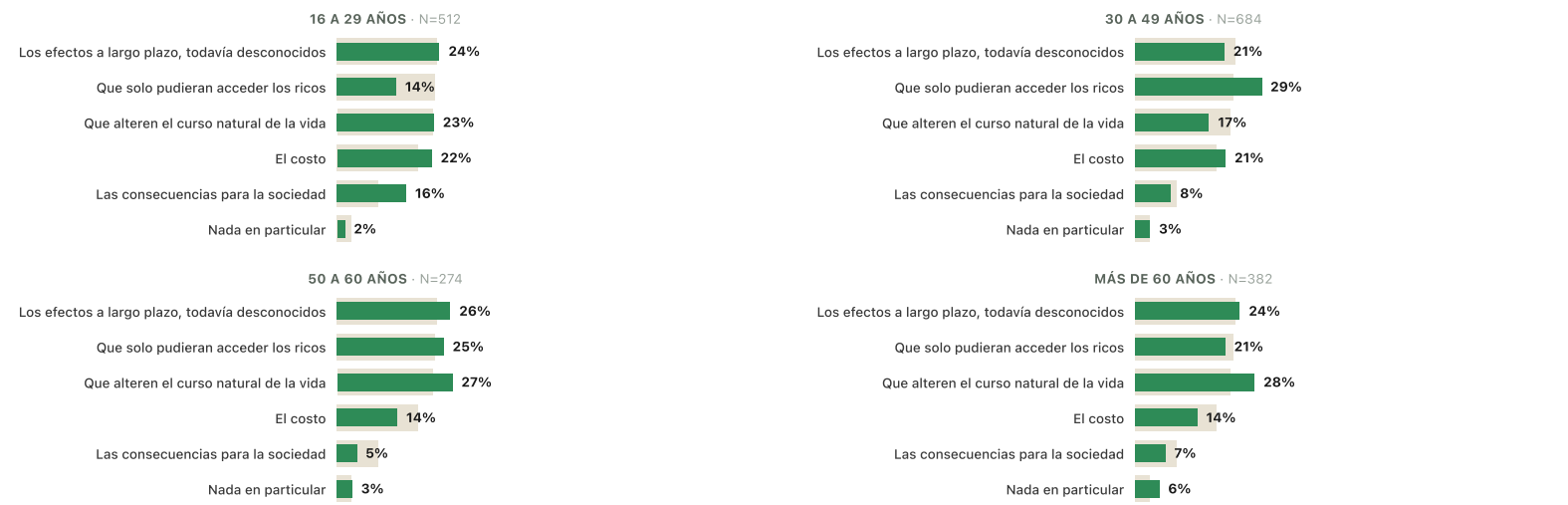
*Ante un ser querido gravemente enfermo el rechazo casi desaparece: apenas un 8% diría que no, y el 92% restante se reparte entre el sí rotundo (48%) y el tal vez (44%). **La comparación con la pregunta anterior es el dato**: para uno mismo el rejuvenecimiento lo aceptaría el 52%; para otro, el 92%. Esa distancia no mide una diferencia tecnológica sino moral — es más fácil querer la vida extendida para quien se ama que para uno mismo. Por tramo de edad el patrón se sostiene, con el máximo de síes entre los 30 y 49 años (55%) y el mínimo entre los mayores de 60 (41%), únicos además donde el «no» llega a dos dígitos (14%).*

Las preocupaciones

¿Qué es lo que más le preocuparía de estos tratamientos?



Las preocupaciones, según edad



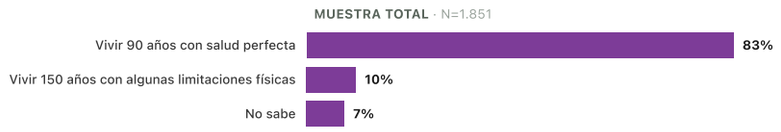
La preocupación dominante se reparte en tres tercios parejos: los efectos a largo plazo todavía desconocidos (23%), que solo pudieran acceder los ricos (23%) y la alteración del curso natural de la vida (22%), con el eventual costo del tratamiento cerca (19%).

Ciencia incierta, desigualdad y naturaleza: los tres frentes clásicos del debate bioético, presentes de manera espontánea.

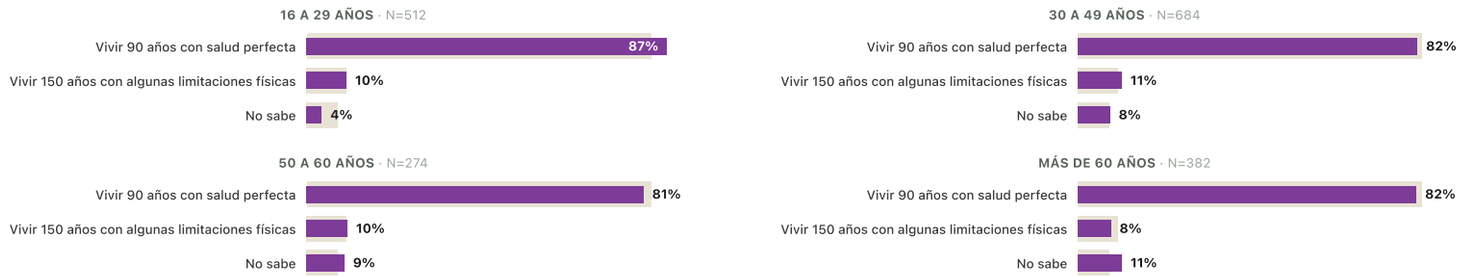
5 DILEMAS

90 con salud o 150 con límites físicos

Si tuviera que elegir, ¿qué preferiría?



90 con salud o 150 con límites, según edad

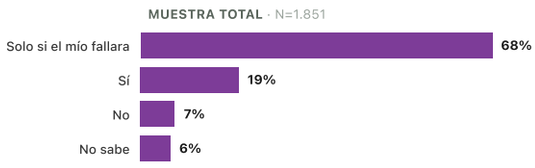


Puestos a elegir, no hay partido: 90 años con salud perfecta es preferido por el 83%, contra un 10% que tomaría 150 con limitaciones.

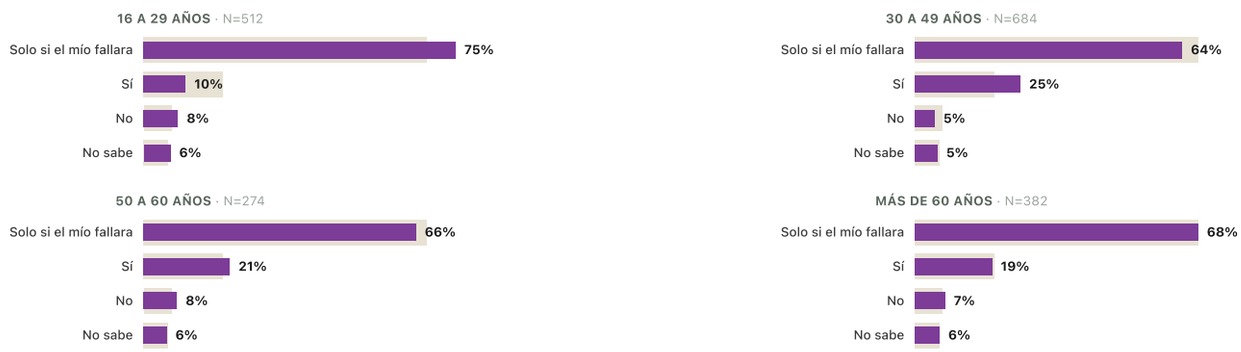
La preferencia es transversal a todas las edades -hasta los más jóvenes, que más lejos están de los 90, responden de manera similar (87%). *Es el dato que mejor resume uno de los ejes del estudio: la calidad de vida le gana a la duración de vida.*

Los órganos artificiales

Si un órgano artificial funcionara mejor que el natural, ¿aceptaría reemplazar uno propio?



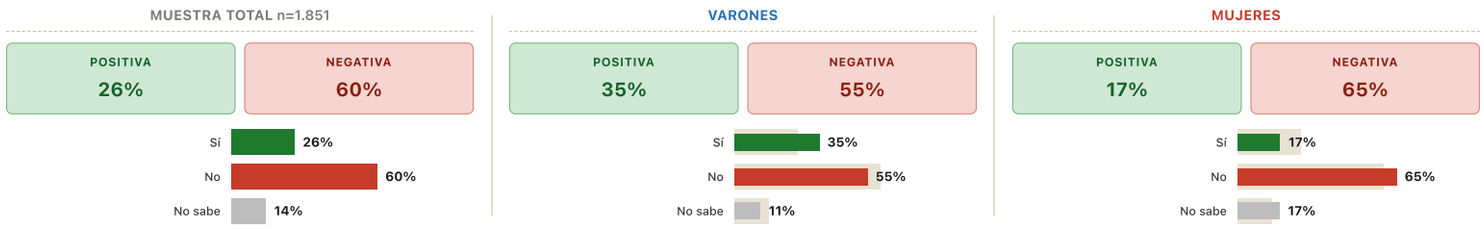
Los órganos artificiales, según edad



Los órganos artificiales se aceptan con una condición: "solo si el mío fallara" (68%). El sí incondicional es del 19% y el rechazo apenas del 7%: *la tecnología del reemplazo se acepta como reparación, no como mejora.* *Es la frontera entre medicina y potenciación, trazada con nitidez por el sentido común.*

Vivir 200, trabajar hasta los 150

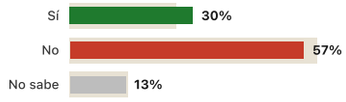
¿Aceptaría vivir 200 años si eso implicara trabajar hasta los 150?



Vivir 200, trabajar hasta los 150, según edad

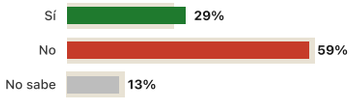
16 A 29 AÑOS · N=512

POSITIVA	NEGATIVA
30%	57%



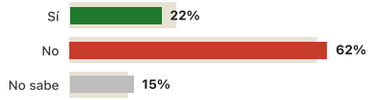
30 A 49 AÑOS · N=684

POSITIVA	NEGATIVA
29%	59%



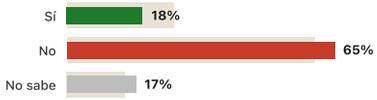
50 A 60 AÑOS · N=274

POSITIVA	NEGATIVA
22%	62%



MÁS DE 60 AÑOS · N=382

POSITIVA	NEGATIVA
18%	65%



El dilema del trabajo desnuda el precio que no se quiere pagar: vivir 200 años trabajando hasta los 150 es rechazado por el 60% y aceptado por el 26%. Ni siquiera los más jóvenes compran esa idea (57% de "no" entre los menores de 30): una lectura posible: *el tiempo extra pierde atractivo cuando se lo imagina ocupado por la obligación laboral.*

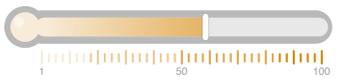
6 LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

El aporte esperado de la IA

¿Cuánto cree que la inteligencia artificial va a contribuir a descubrir tratamientos contra el envejecimiento?

Promedio en la escala (1–10)

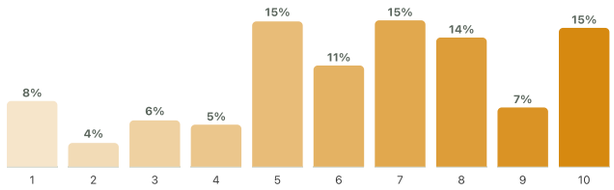
6,3 / 10



6,3 promedio / **7** mediana

Promedio varones **6,7**
Promedio mujeres **5,9**

6,3 promedio

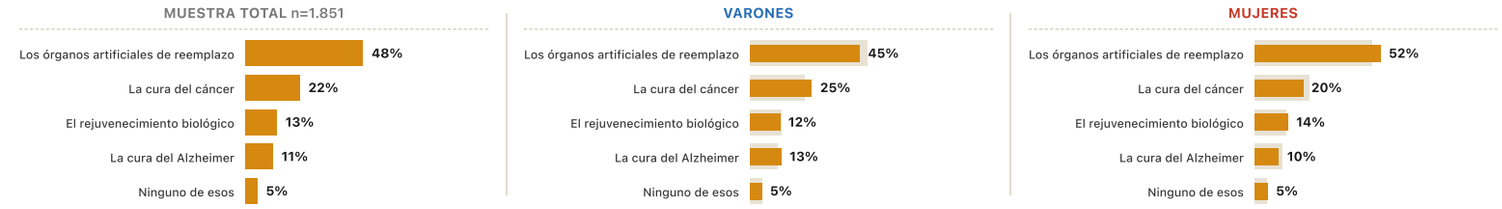


1 = Nada · 10 = Muchísimo

A la inteligencia artificial se le reconoce un papel contributivo para el desarrollo de los tratamientos de longevidad: 6,3 puntos sobre 10 en promedio, con la mitad de las respuestas (51%) en 7 o más. Existe un polo escéptico visible en la base de la escala, pero *el centro de gravedad de las respuestas está del lado del aporte.*

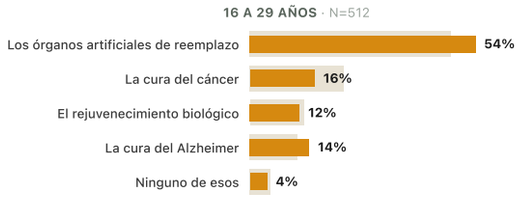
El logro que llegará primero

¿Cuál de estos logros cree que la ciencia alcanzará primero?

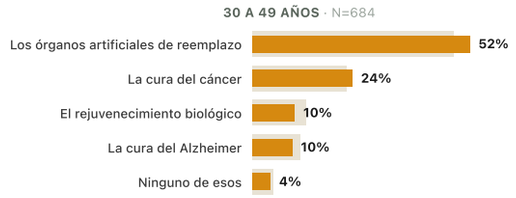


El logro que llegará primero, según edad

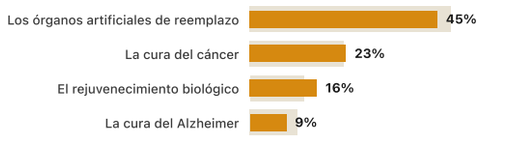
16 A 29 AÑOS · N=512



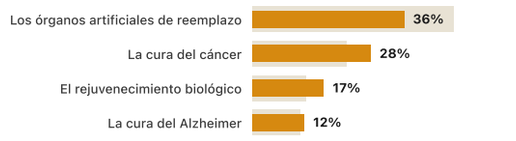
30 A 49 AÑOS · N=684



50 A 60 AÑOS · N=274



MÁS DE 60 AÑOS · N=382



Ninguno de esos 7%

Ninguno de esos 6%

Sobre qué llegará primero, el pronóstico es concreto: los órganos artificiales de reemplazo (48%) duplican a la cura del cáncer (22%). El rejuvenecimiento biológico (13%) y el Alzheimer (11%) quedan atrás. Se le cree más a la "ingeniería médica que a la biología": reemplazar piezas parece más cercano que reprogramar células.

La confianza en los actores

¿Cuánta confianza le generan los siguientes actores para desarrollar estos tratamientos?

EL MEJOR EVALUADO

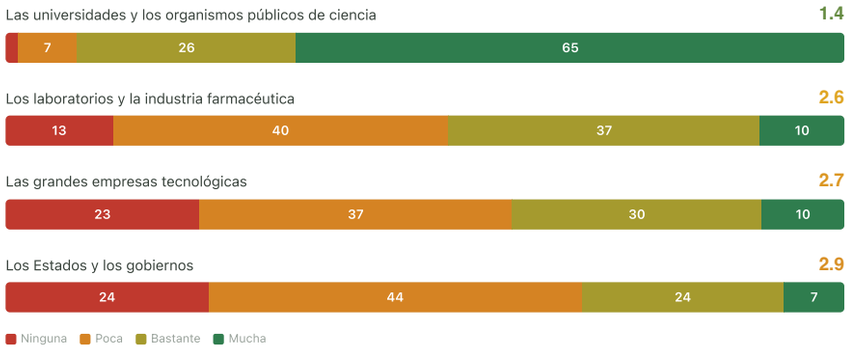
Las universidades y los organismos públicos de ciencia

1.4 promedio en la escala

EL PEOR EVALUADO

Los Estados y los gobiernos

2.9 promedio en la escala



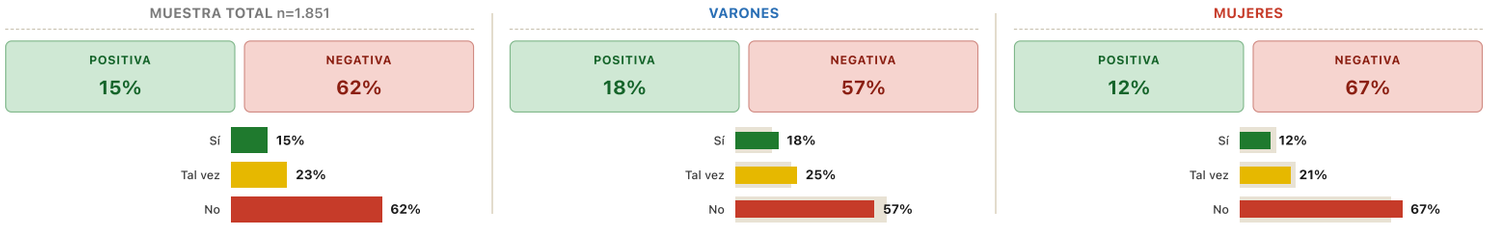
Promedio en la escala (a la derecha) y distribución. Ponderado.

La carrera por la longevidad tiene un custodio elegido: las universidades y los organismos públicos de ciencia (1,4 de promedio; el 65% les tiene mucha confianza).

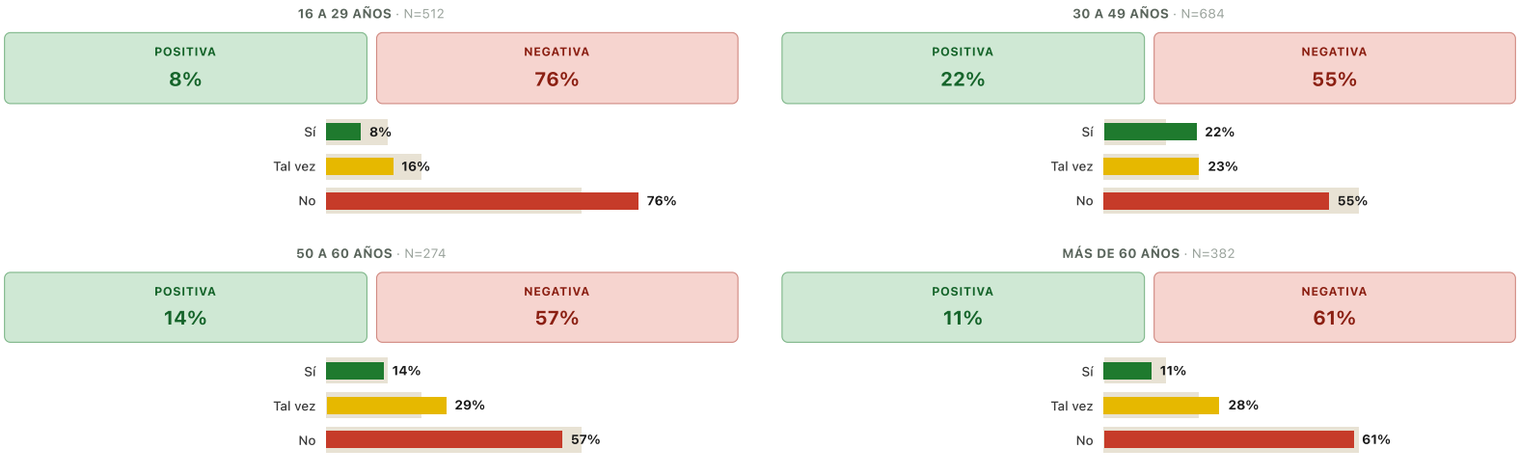
En la escala de 1 (mucha confianza) a 4 (ninguna) —promedios más bajos indican más confianza—, los Estados quedan últimos (2,9), detrás de los laboratorios (2,6) y las tecnológicas (2,7), que reciben una confianza intermedia: a la ciencia pública se le cree bastante más que al resto.

La inmortalidad digital

¿Aceptaría que una inteligencia artificial conservara sus recuerdos y su forma de pensar, para que sus seres queridos pudieran seguir conversando con usted después de su muerte?



La inmortalidad digital, según edad



La copia digital no convence: que una inteligencia artificial conserve los recuerdos para seguir "conversando" después de la muerte es rechazado por el 62% y aceptado solo por el 15%.

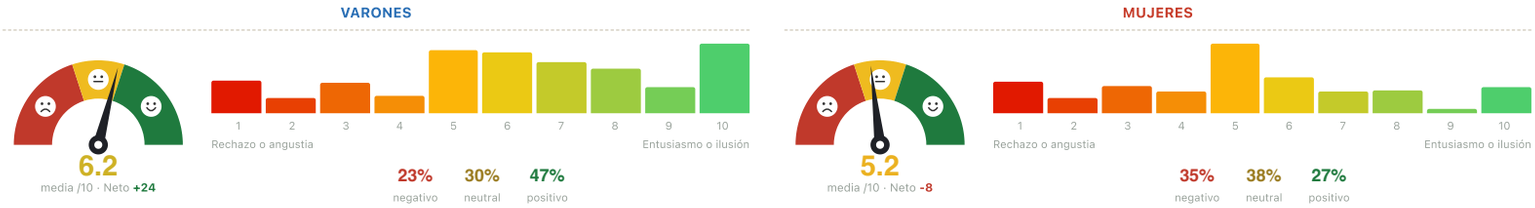
Acá aparece una de las brechas de género más nítidas del estudio: el rechazo femenino (67%) supera al masculino (57%), y la apertura de los varones (43% entre el sí y el tal vez) deja diez puntos atrás a la de las mujeres (33%). Y un dato contraintuitivo: los nativos digitales son los más cerrados -entre los menores de 30 el "no" llega al 76%.

Paradójico: Crear una representación digital basada en los recuerdos y la forma de pensar convence menos a los menores de 30 años, nativos digitales.

El sentimiento ante los 150 años

¿Qué le genera la idea de que en el futuro las personas puedan vivir 150 años o más?

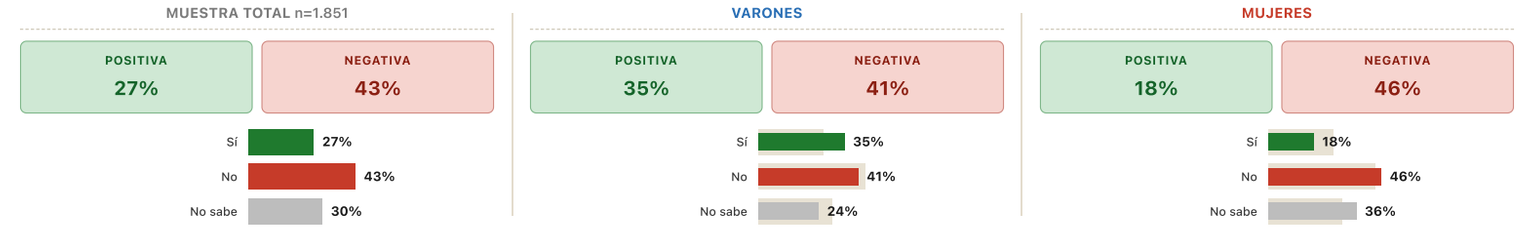
Promedio ponderado · 1.851 respuestas · negativo 1–4 · neutral 5–6 · positivo 7–10. La aguja marca la media; «neto» = % positivo – % negativo.



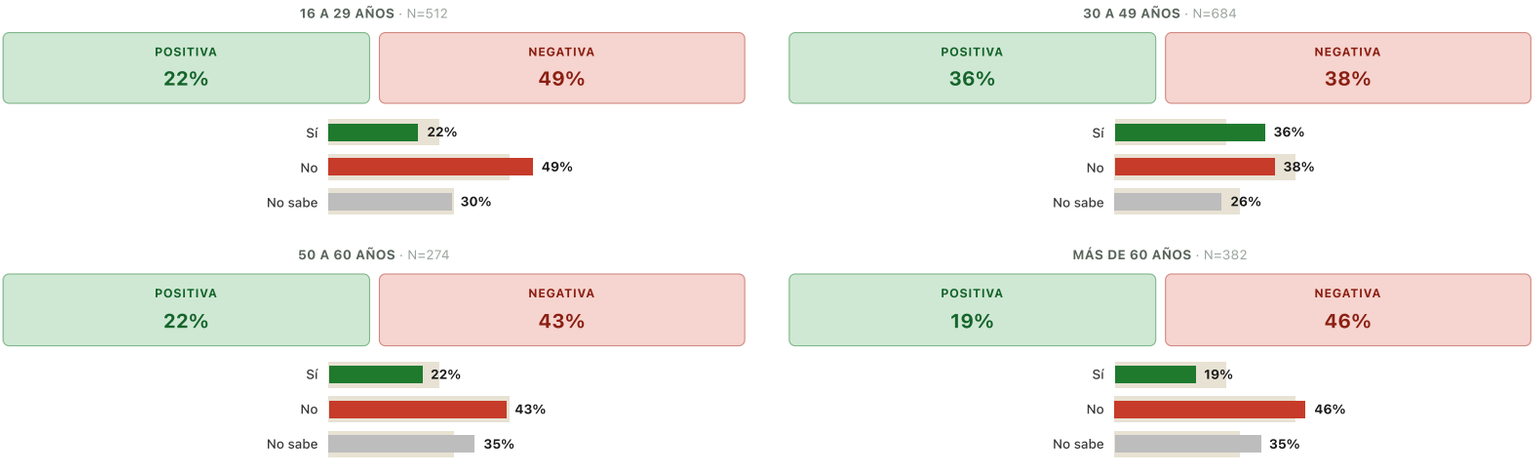
Puestos frente a la posibilidad concreta de vivir 150 años, el corazón queda en el medio: 5,7 puntos sobre 10, ni entusiasmo ni espanto.
La brecha de género vuelve a aparecer: 6,2 entre los varones vs 5,2 entre las mujeres, un punto entero de diferencia en la temperatura emocional frente a la vida extendida.

La aceptación de la vida indefinida

Imagine ahora un escenario hipotético: una terapia totalmente segura que detiene el envejecimiento y permite vivir indefinidamente. ¿La aceptaría?



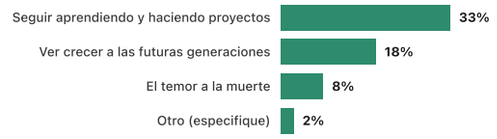
La aceptación de la vida indefinida, según edad



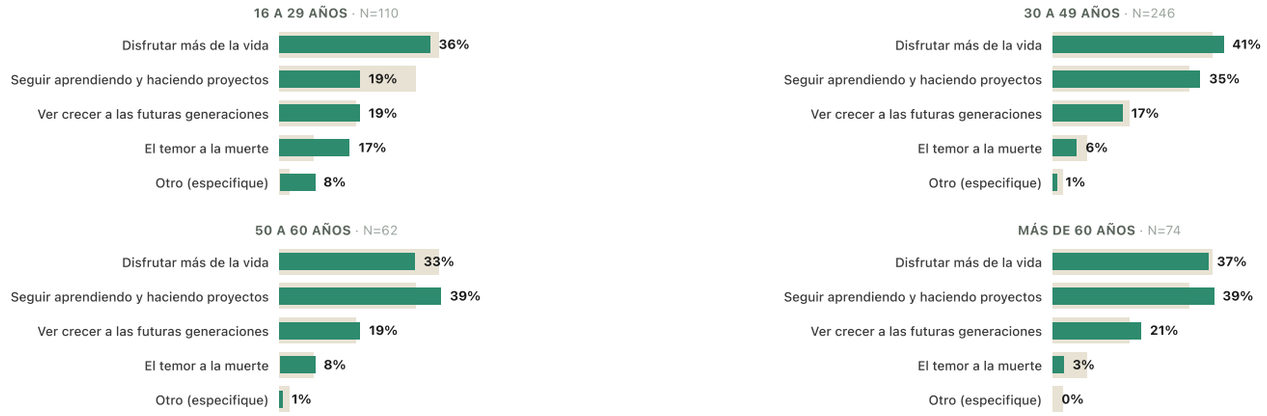
Frente a la vida indefinida predomina el rechazo sobre la aceptación (43% contra 27%), en un contexto de elevada incertidumbre: el 30% no sabe.
El "sí" hace pico entre los 30 y 49 años (36%) y el rechazo es máximo entre los menores de 30 (49%). La comparación con el rejuvenecimiento sugiere mucha más apertura a volver a ser joven que a no morir.

Los motivos para aceptarla

¿Cuál sería su principal motivo para aceptarla?



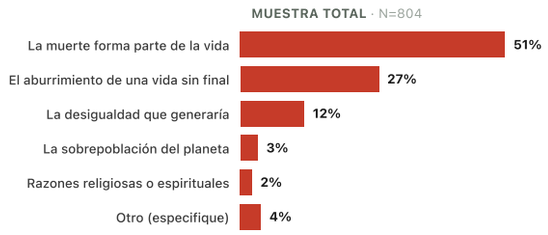
Los motivos para aceptarla, según edad



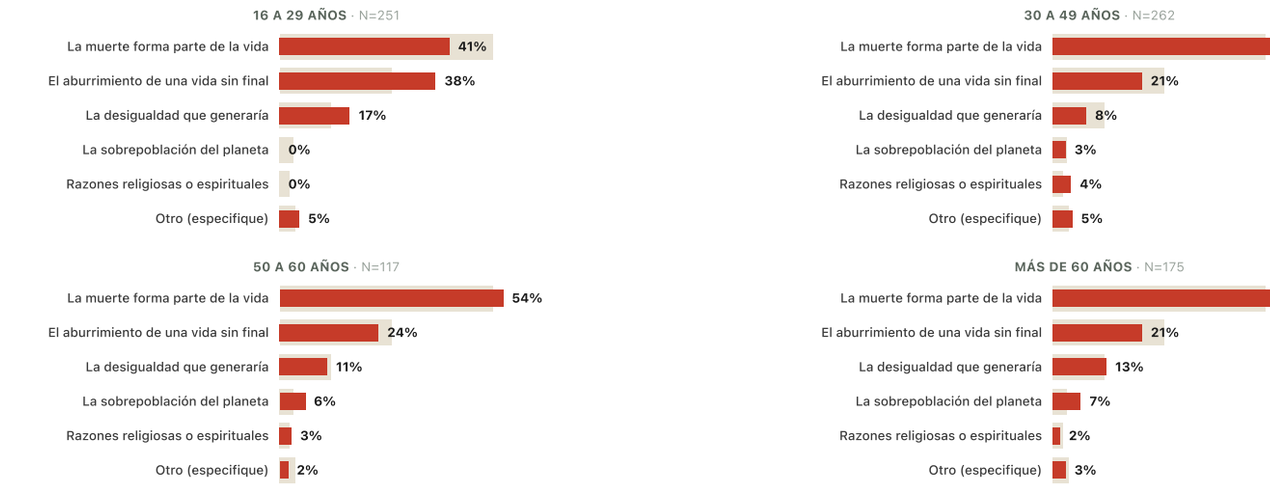
Las razones declaradas para aceptar son vitales: "disfrutar más de la vida" (38%) y "seguir aprendiendo y haciendo proyectos" (33%) concentran 7 de cada 10 respuestas, mientras "el temor a la muerte" apenas reúne el 8%. El contraste con los cruces del IAL -donde la preocupación por la muerte muestra la asociación bivariada más alta con la apertura a la longevidad (r = 0,23)- es de los hallazgos más finos del estudio: *lo que se declara habla de amor a la vida; las asociaciones estadísticas apuntan al miedo a perderla.*

Los motivos para rechazarla

¿Cuál sería su principal motivo para rechazarla?



Los motivos para rechazarla, según edad



Entre quienes dicen que no, la mitad (51%) responde que "la muerte forma parte de la vida" y otro 27% teme "el aburrimiento de una vida sin final". Las razones religiosas (2%) y la sobrepoblación (3%) casi no son mencionadas.

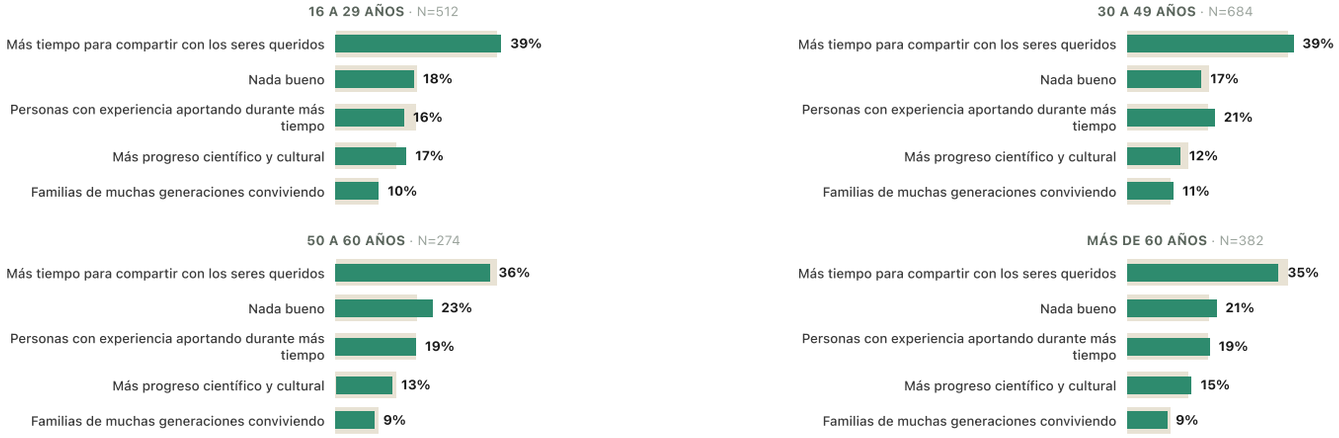
El rechazo no es doctrinario (religioso) ni demográfico: es existencial.

8 EL IMPACTO EN LA SOCIEDAD

Lo mejor que traería

Si estos tratamientos llegaran a existir, ¿qué sería lo mejor que traerían?

Lo mejor que traería, según edad

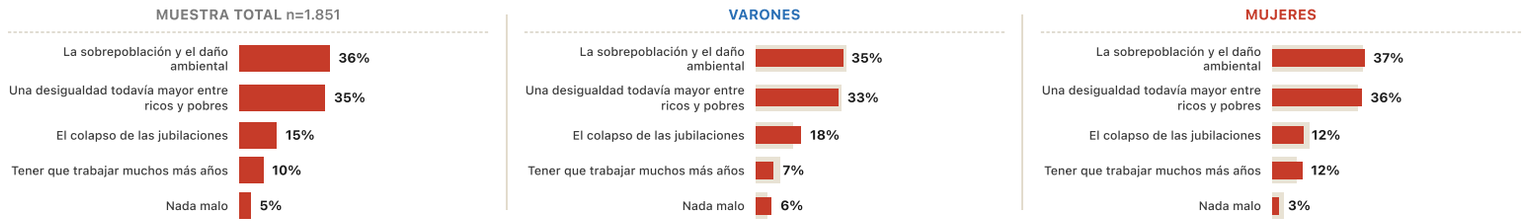


Hasta lo mejor del futuro se mide en afectos: "más tiempo para compartir con los seres queridos" es elegido por el 38%, el doble que cualquier promesa de progreso científico (14%) o de experiencia acumulada (19%). Y un 19% responde "nada bueno": es decir, 1 de cada 5 no encuentra ni siquiera un beneficio hipotético.

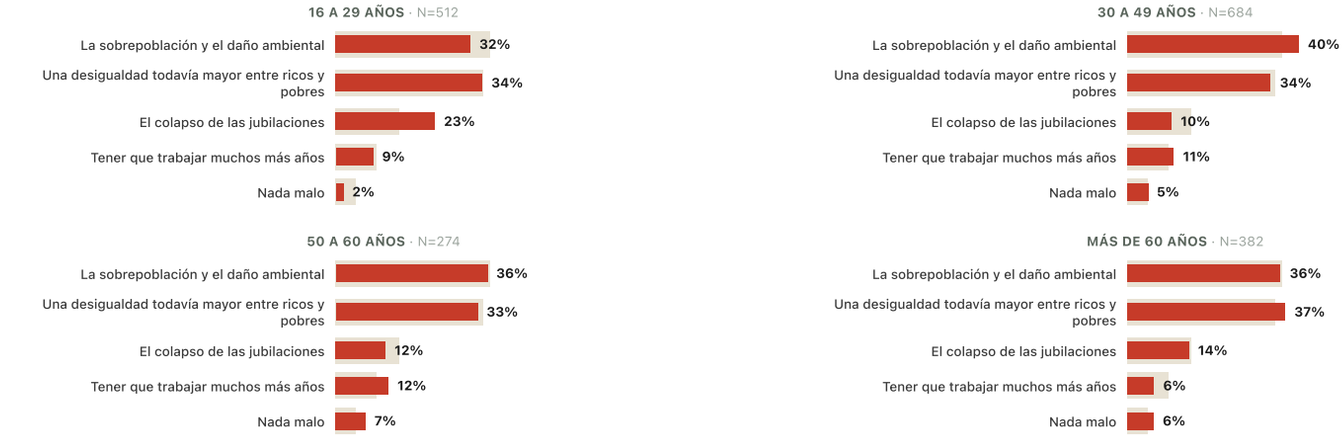
El hallazgo es consistente con toda la serie: la longevidad es deseada como tiempo con otros, no como tiempo a secas.

Lo peor que traería

¿Y qué sería lo peor?



Lo peor que traería, según edad

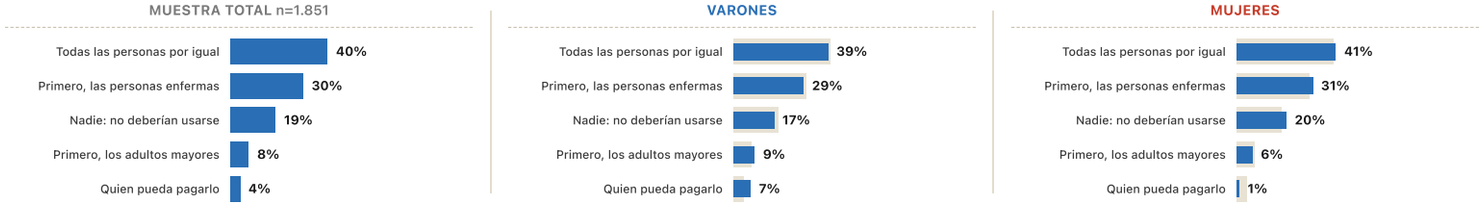


Los temores son colectivos antes que personales: la sobrepoblación y el daño ambiental (36%) y una desigualdad todavía mayor (35%) encabezan parejos, lejos del costo individual de "trabajar muchos más años" (10%).

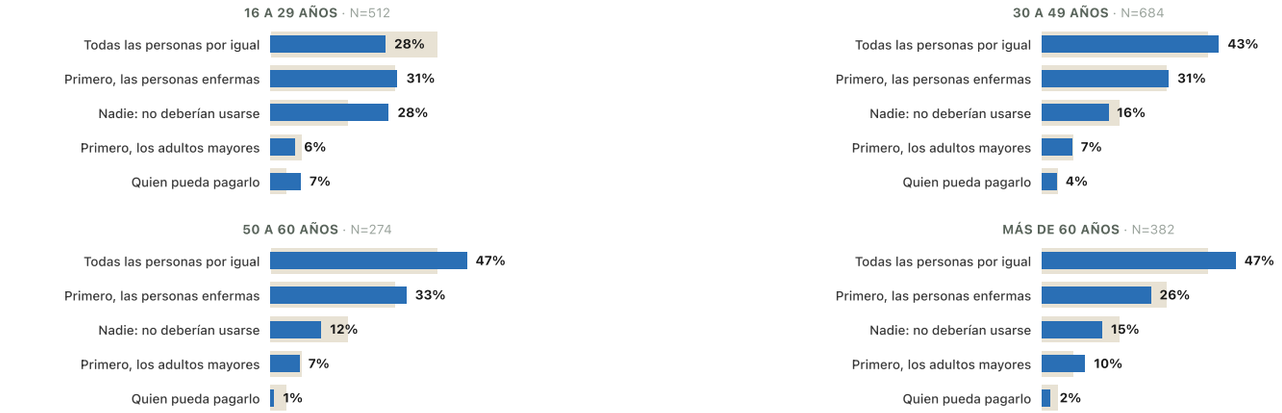
La sorpresa está en el cruce por edad: el colapso de las jubilaciones es señalado por el 23% de los menores de 30 (el doble que en el resto).

La prioridad de acceso

¿Quién debería tener prioridad para acceder a estos tratamientos?



La prioridad de acceso, según edad

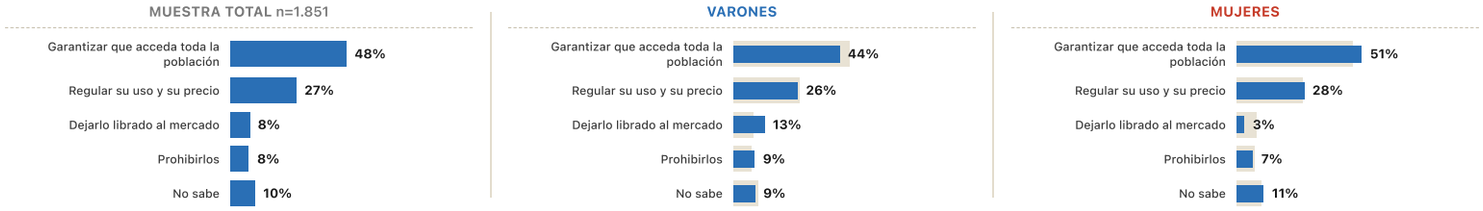


El acceso a los tratamientos es pensado con criterio igualitario: "todas las personas por igual"(40%) y "primero, las personas enfermas" (30%) reúnen a siete de cada diez; que acceda "quien pueda pagarlo" junta apenas el 4%.

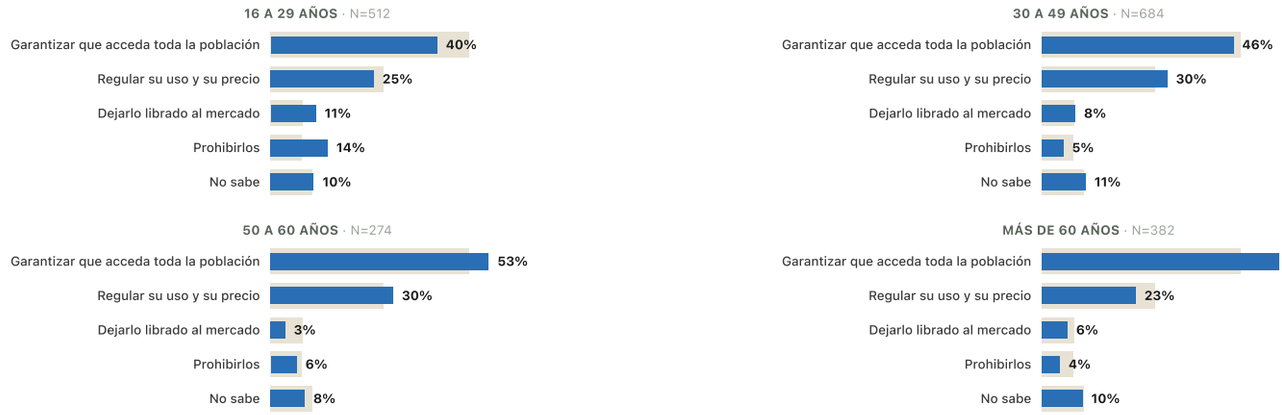
La ideología casi no altera ese consenso, salvo en un punto: entre quienes se ubican a la derecha, el criterio de mercado ("quienes puedan pagarlo") escala al 17%, mientras que a la izquierda no es elegido por nadie. Y los menores de 30 aportan el matiz prohibicionista: el 28% preferiría que estos tratamientos no se usen.

El papel del Estado

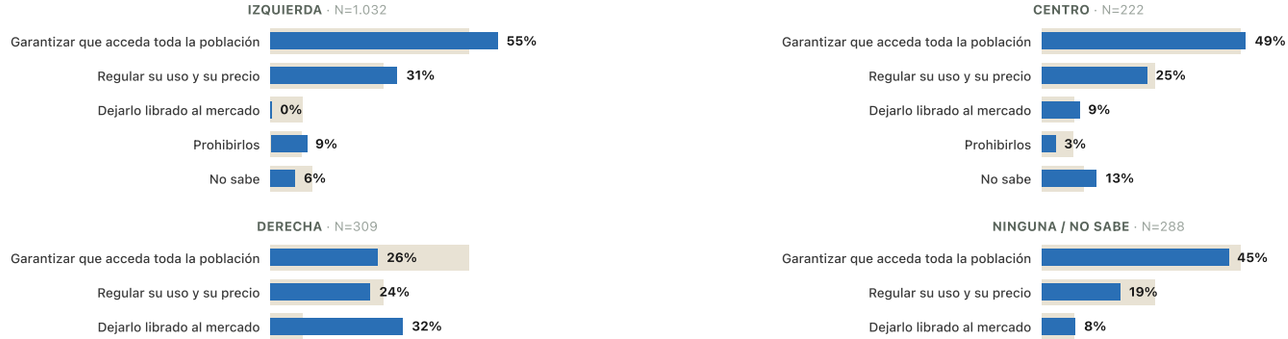
¿Qué papel debería cumplir el Estado frente a estos tratamientos?



El papel del Estado, según edad



El papel del Estado, según afinidad ideológica



Frente a la longevidad se pide Estado: garante del acceso universal (48%) o al menos regulador (27%). Dejarlo librado al mercado suma solo un 8%.
El reclamo de garantía crece con la edad (del 40% entre los menores de 30 al 57% entre los mayores de 60), y el cruce ideológico es el más nítido del estudio: a la derecha, el mercado sale primero (32%); a la izquierda no lo elige nadie, y la garantía estatal llega al 55%.

9 USTED Y LA LONGEVIDAD

Vitalidad y proyectos

Indique cuánto está de acuerdo con cada una de estas frases.

EL DE MAYOR ACUERDO

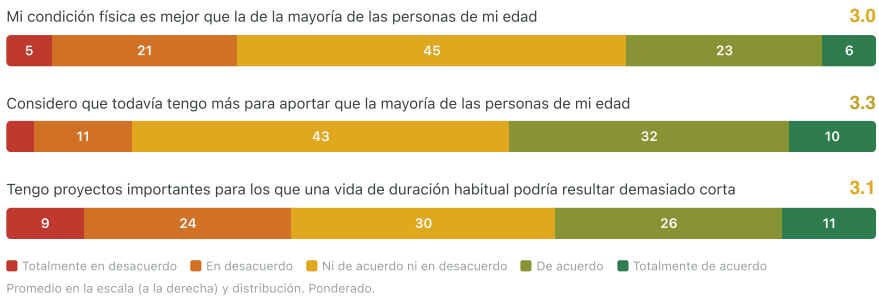
Considero que todavía tengo más para aportar que la mayoría de las personas de mi edad

3.3 promedio de acuerdo

EL DE MENOR ACUERDO

Mi condición física es mejor que la de la mayoría de las personas de mi edad

3.0 promedio de acuerdo



Promedio en la escala (a la derecha) y distribución. Ponderado.

La autoimagen vital es moderadamente positiva: sentirse con "más para aportar" promedia 3,3 sobre 5 y los proyectos que pedirían una vida más larga, 3,1; la comparación física con los demás queda en 3,0. No hay épica del yo, pero tampoco resignación: la vida que viene se habita con proyectos.

10 ESCALA DE POSITIVIDAD

La Escala de Positividad

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes frases sobre usted y su vida.

EL DE MAYOR ACUERDO

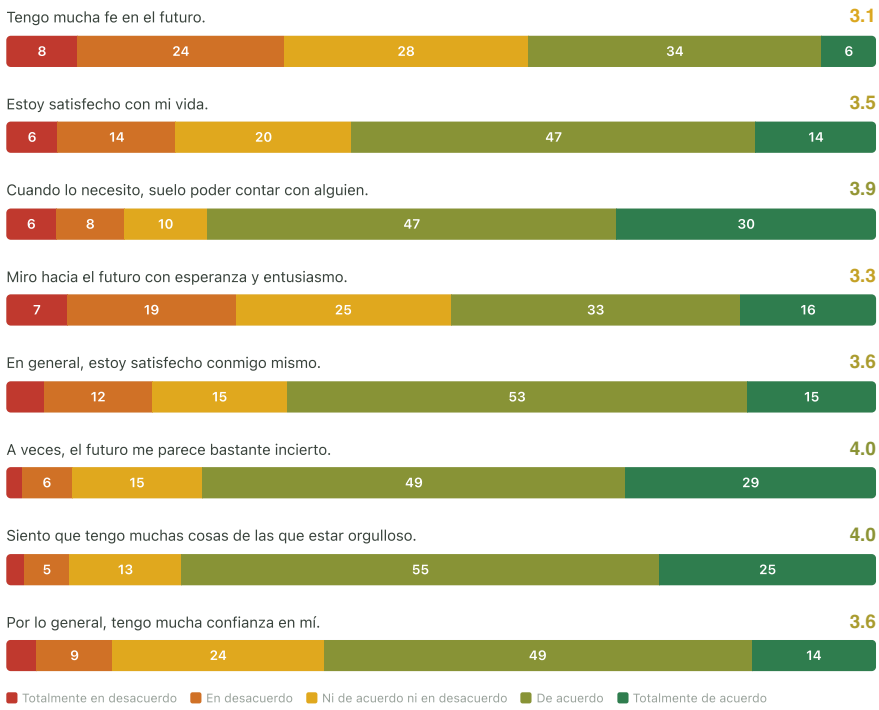
A veces, el futuro me parece bastante incierto.

4.0 promedio de acuerdo

EL DE MENOR ACUERDO

Tengo mucha fe en el futuro.

3.1 promedio de acuerdo



Promedio en la escala (a la derecha) y distribución. Ponderado.

Índice de Positividad (Caprara)

3,4

promedio en la escala 1–5

equivale a **27,0** en la suma 8–40

1.851 casos · ponderado

Cortes aproximados por terciles ponderados: los empates de puntaje desbalancean los grupos.

LAS DOS DIMENSIONES DE LA ESCALA (APORTE DEL EQUIPO OPSA)

3,7

Positividad sobre el PRESENTE

Satisfacción con la vida y con uno mismo, orgullo, confianza, apoyo (5 ítems · α 0,81)

2,8

Positividad hacia el FUTURO (optimismo)

Fe en el futuro, esperanza, futuro no incierto (3 ítems · α 0,71)

Promedio de los 8 ítems de la escala (1–5), con «A veces, el futuro me parece bastante incierto» puntuado invertido; los niveles baja / media / alta positividad cortan la muestra en tercios.

Se realizó un análisis factorial exploratorio con los resultados de la escala (ejes principales con rotación varimax; KMO = 0,80; dos autovalores mayores a 1; 49% de varianza explicada) que sugiere 2 factores: Positividad sobre el Presente y Positividad hacia el Futuro (Optimismo). Esta estructura deberá confirmarse en futuros estudios.

11 UN TEMA QUE A TODOS NOS TOCA

La preocupación por la muerte

Ahora, unas frases sobre la muerte. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una.

EL DE MAYOR ACUERDO

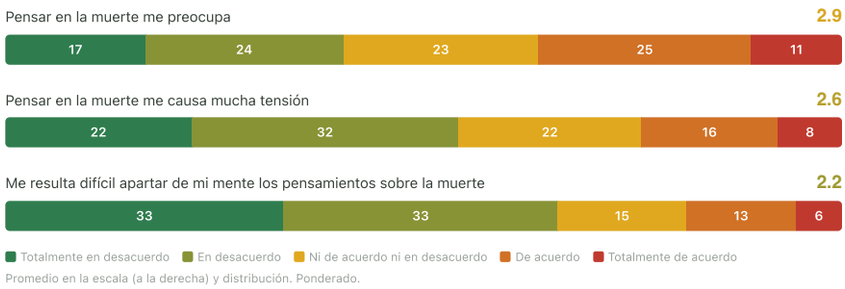
Pensar en la muerte me preocupa

2.9 promedio de acuerdo

EL DE MENOR ACUERDO

Me resulta difícil apartar de mi mente los pensamientos sobre la muerte

2.2 promedio de acuerdo



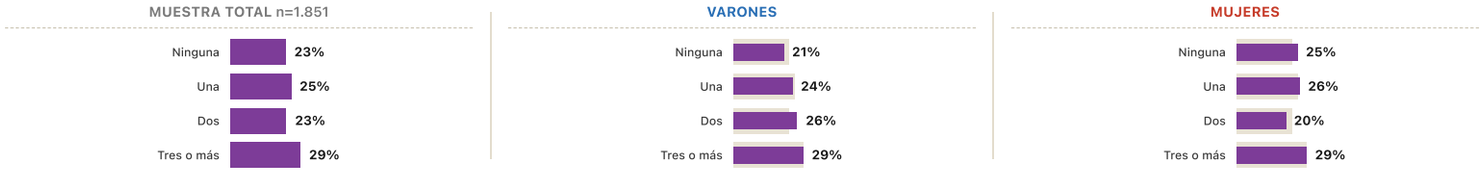
Promedio en la escala (a la derecha) y distribución. Ponderado.

La preocupación por la muerte se declara con moderación: "pensar en la muerte me preocupa" promedia 2,9 sobre 5 y los ítems más intensos bajan a 2,6 y 2,2.

Sin embargo, este puntaje discreto muestra la asociación bivariada más alta con el IAL (r = 0,23), apenas por encima del optimismo hacia el futuro (r = 0,21): la preocupación por la muerte no domina la conversación consciente, pero se muestra como variable asociada a la apertura a la longevidad.

Las pérdidas cercanas

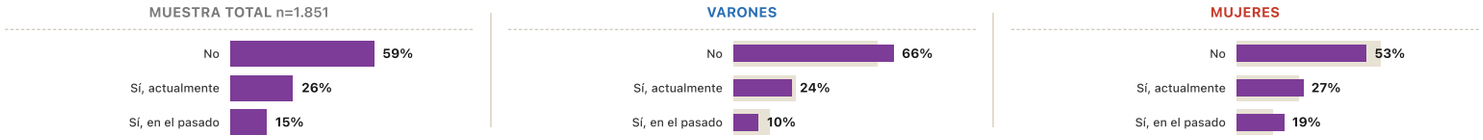
En los últimos cinco años, ¿cuántas personas muy cercanas a usted fallecieron?



La muerte no es una abstracción para quienes respondieron: tres de cada cuatro (77%) atravesaron al menos una pérdida cercana en los últimos años, y el 29% acumula tres o más.

La enfermedad propia

¿Tiene o tuvo una enfermedad de larga duración o un dolor persistente durante tres meses o más?



Cuatro de cada diez (41%) tienen o tuvieron una enfermedad de larga duración o un dolor persistente de tres meses o más: 26% en el presente, 15% en el pasado.

12 CONDICIONES Y MENSAJES

Vivir muchos años tiene sentido si...

Complete la frase: «Para mí, vivir muchos años solo tiene sentido si...»

La frase se completa con dominancia de temas de salud. El 35% solo acepta una vida extensa con salud física y lucidez mental : "estar bien de la cabeza"; "poder valerse por uno mismo".

Le siguen el disfrute y la plenitud (25%): "el tiempo extra vale si se lo puede gozar ". Los vínculos (17%) : "la familia, la pareja, los nietos". El «con quién» pesa tanto como el «cuánto».

Más atrás, las condiciones materiales para una vejez digna (11%) y el no convertirse en una carga para los demás (5%).

Vivir por vivir casi no aparece: apenas un 2% responde que una vida muy larga no tendría sentido. La longevidad deseada se revela condicional, la misma preferencia por la calidad sobre la cantidad que atraviesa todo el estudio.

Mensaje a la humanidad de 2126

Si pudiera enviarle un mensaje a la humanidad que vivirá dentro de 100 años, ¿qué le diría?

Puestos a hablarle al futuro, los mensajes casi no mencionan la ciencia ni la longevidad: se concentran en cómo vivir.

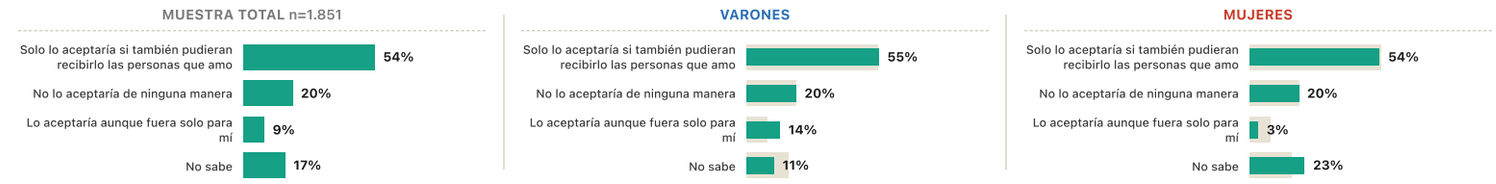
A la humanidad de 2126 se le pide que cuide el planeta (19%), que disfrute el presente y no postergue la vida (16%), que sea mejor -paz, honestidad, solidaridad- (15%) y que aprenda del pasado para no repetir sus errores (11%).

Los afectos reaparecen (8%): que no se pierdan el abrazo, el beso, el contacto. La tecnología ocupa apenas el 5% de los mensajes, y casi siempre como advertencia: que las pantallas y la inteligencia artificial no reemplacen lo humano. Al futuro no se le pide más ciencia: se le pide más humanidad.

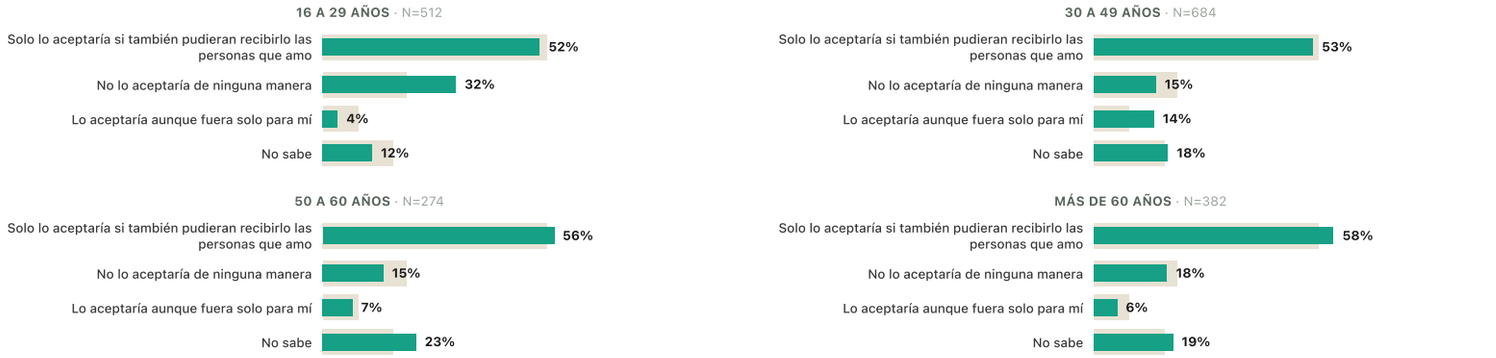
13 VIVIR MUCHO, ¿CON QUIÉNES?

La condición de los vínculos

Volvamos por un momento al tratamiento para vivir mucho más. ¿Cuál de estas frases lo representa mejor?



La condición de los vínculos, según edad



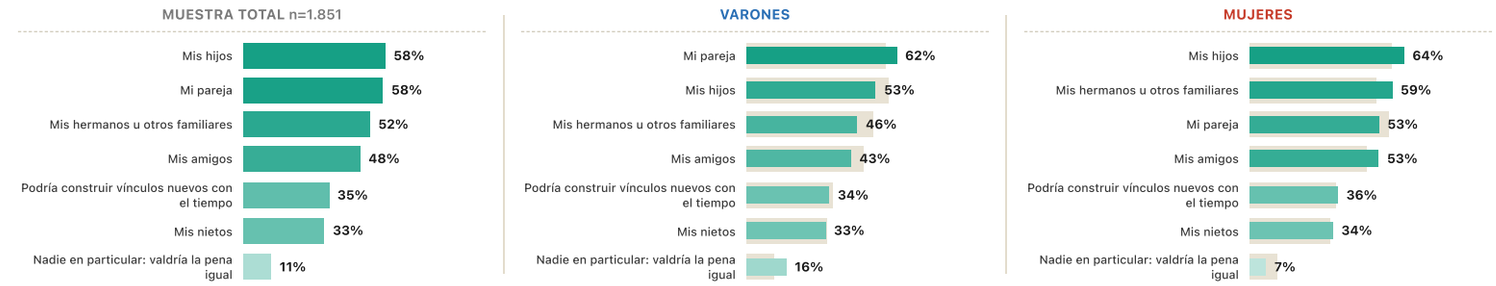
La inmortalidad se negocia en familia: solo sería aceptada si también pudieran recibirla las personas amadas (54%), y apenas un 9% la tomaría para sí solo. Entre los menores de 30 el rechazo total escala al 32%: el tramo de edad menos dispuesto a la inmortalidad es también la que menos la negociaría. Vivir para siempre, en soledad, no es leído como una promesa: es leído como una amenaza.

Con quiénes valdría la pena

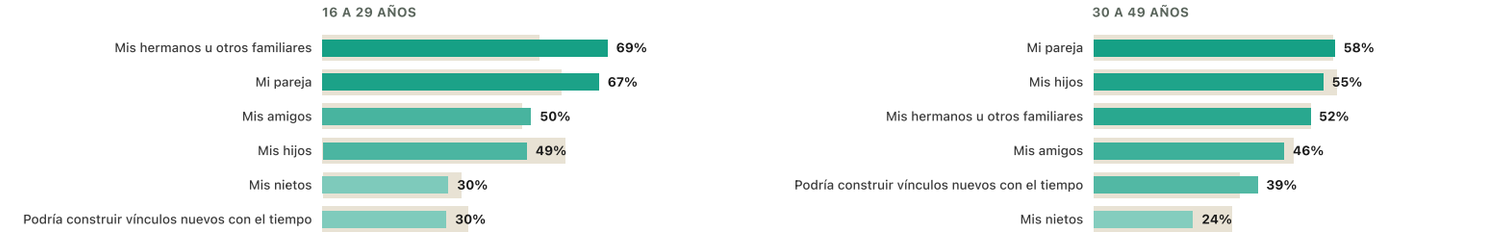
¿Quiénes tendrían que acompañarlo en una vida tan larga para que valiera la pena? Marque todos los que correspondan.

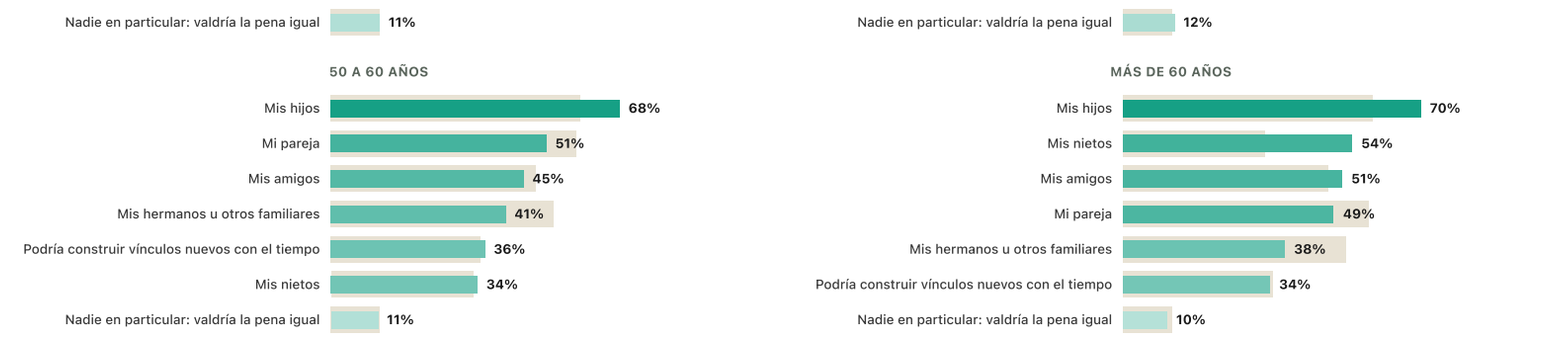
Respuesta múltiple. La intensidad del color crece con el porcentaje de menciones (de mayor a menor).

menos menciones — más menciones



Con quiénes valdría la pena, según edad

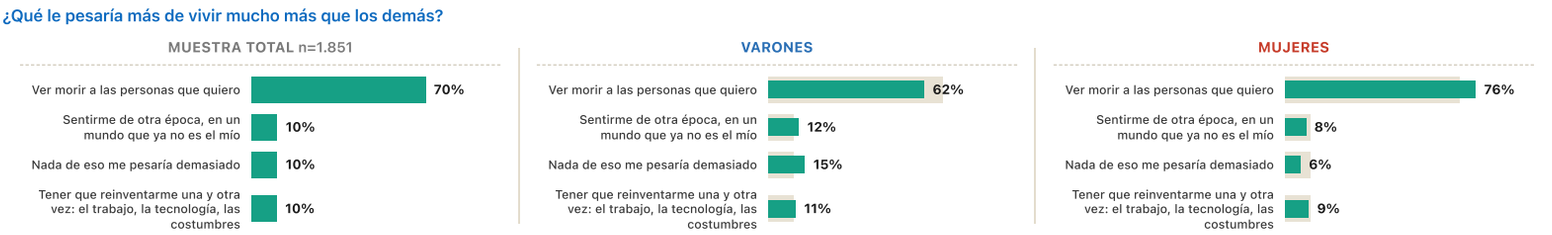




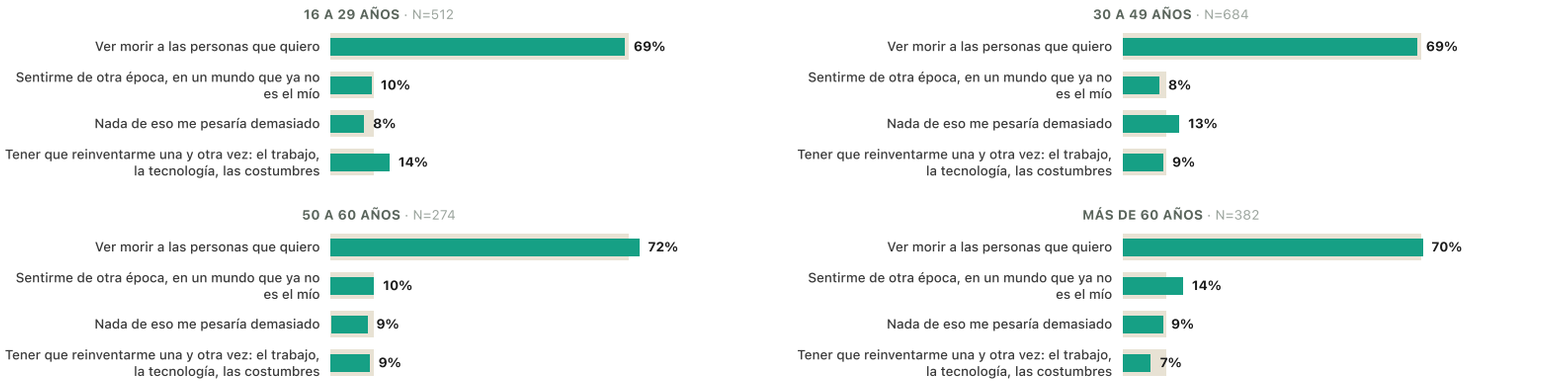
Hijos y pareja empatan al tope (58% cada uno), seguidos de cerca por hermanos (52%) y amigos (48%). Solo el 11% responde que la vida larga valdría la pena «sin nadie en particular», y un tercio (35%) confía en poder construir vínculos nuevos.

La vida extendida se imagina poblada: la soledad es su contraindicación.

Lo que pesaría de sobrevivir a los demás



Lo que pesaría de sobrevivir a los demás, según edad

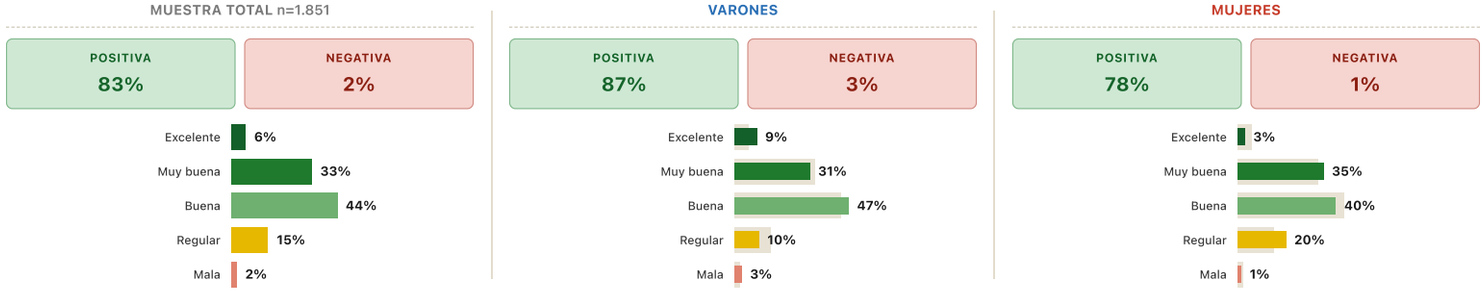


*De todo el estudio, esta es la respuesta **más homogénea**: el 70% teme lo mismo —ver morir a las personas que quiere— y el dato prácticamente no se mueve con la edad (69% entre los menores de 30; 70% entre los mayores de 60). Ninguna otra pregunta muestra semejante acuerdo entre tramos. Lo que pesa de una vida larga no es el mundo que cambia (10%) ni tener que reinventarse una y otra vez (10%): es **quedarse**. La longevidad se teme como soledad, y esa es una condición que ningún avance biomédico resuelve por sí solo.*

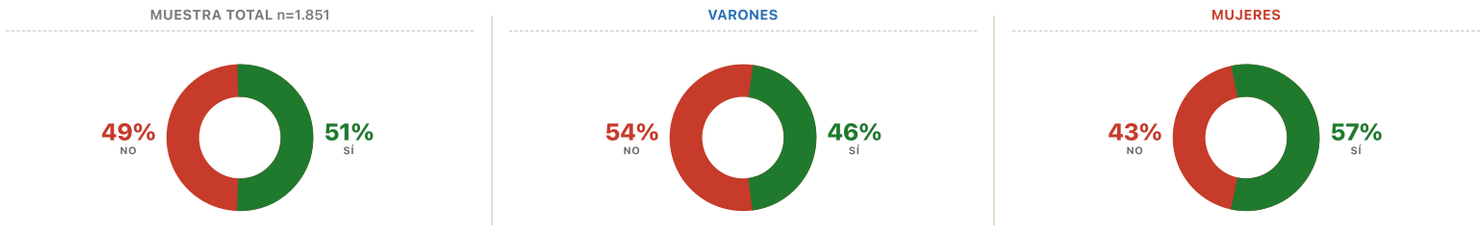
La adaptación de época

Frente al vértigo de nacer en un mundo y terminar en otro, el 71% se adaptaría, aunque más con esfuerzo (41%) que con entusiasmo (30%) y el 18% viviría extrañando su época.
La nostalgia anticipada existe, pero pierde por mucho contra la confianza en la propia plasticidad.

14 PERFILES PERSONALES SOBRE SALUD, FAMILIA Y RELIGIÓN



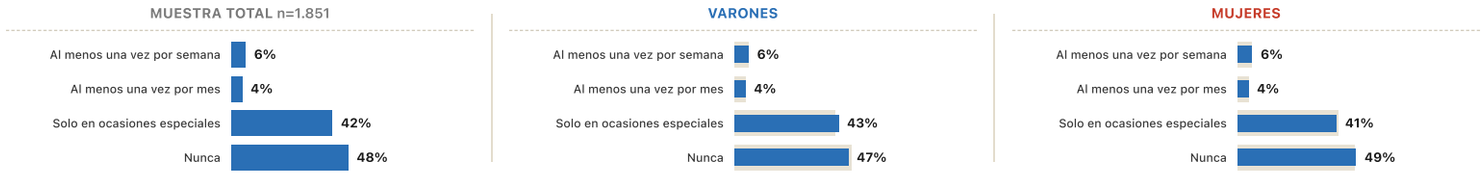
¿Tiene hijos?



¿Con qué religión o creencia se identifica?

El perfil espiritual es consistente con que el rechazo a la vida indefinida casi no se exprese en clave religiosa: agnósticos y ateos (35%) empatan con los católicos (34%), un 13% se declara creyente sin religión y la práctica es casi nula: el 48% no asiste nunca al culto y solo el 10% lo hace al menos una vez al mes . La objeción a la inmortalidad, cuando aparece, es existencial antes que doctrinaria.

¿Con qué frecuencia participa de celebraciones o prácticas religiosas?



15 ÍNDICE DE APERTURA A LA LONGEVIDAD (IAL) Y CRUCES SIGNIFICATIVOS

*IEl **Índice de Apertura a la Longevidad (IAL)** se elaboró para obtener una aproximación medible a algo que suele discutirse en abstracto: cuánta aceptación tienen las ideas de extender la vida humana , el rejuvenecimiento del cuerpo, tener una vida mucho más larga y, en su escenario más extremo, una vida sin límite.*

Resume en una escala de 0 a 100 cuatro ejes conceptuales: si aceptaría un tratamiento de rejuvenecimiento, si aceptaría una terapia que permitiera vivir indefinidamente, su preferencia entre vivir 90 años con salud plena versus 150 años pero con limitaciones, y qué le genera la idea de que las personas lleguen a vivir 150 años.

Los puntajes cercanos a 0 expresan mayores reservas frente a esas posibilidades; los cercanos a 100, mayor disposición a aceptarlas (es decir mayor APERTURA a las mismas).

La apertura no equivale al deseo: una persona puede aceptar la posibilidad de vivir mucho más y, al mismo tiempo, condicionarla a conservar la salud, la lucidez y los vínculos interpersonales.

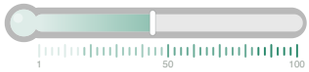
Tampoco mide la actitud hacia la vejez ni hacia los adultos mayores, ni cuánta confianza tiene la gente en que la ciencia logre alcanzar esos objetivos.

Su aporte es convertir una discusión habitualmente abstracta "¿la gente quiere vivir más?" en una variable de expresión cuantitativa que abrirá las puertas a realizar en el futuro comparaciones entre grupos y culturas diversas y seguir su evolución a lo largo del tiempo.

En resumen, el IAL mide, de 0 a 100, cuán abierta está una persona a aceptar una vida sustancialmente más larga, desde el rejuvenecimiento del cuerpo hasta la vida indefinida.

IAL · Índice de Apertura a la Longevidad

44,0 / 100



1.851 casos con índice · ponderado

IAL medio-bajo (26–50)	39%	n=745
IAL medio-alto (51–75)	22%	n=424
IAL alto (76–100)	15%	n=233

IAL POR TRAMO DE EDAD (0–100)

16 a 29	39,6
30 a 49	48,4
50 a 60	44,5
Más de 60	41,4

IAL POR GÉNERO (0–100)

Varones	48,8
Mujeres	39,3

Índice exploratorio en su primera medición. Promedio simple (pesos iguales) de 4 componentes llevados a 0–100: aceptación del rejuvenecimiento (Sí = 100 · Tal vez = 50 · No = 0), aceptación de la vida indefinida (Sí = 100 · No sabe = 50 · No = 0), sentimiento ante vivir 150 años (escala 1–10 reescalada) y el dilema 90 con salud / 150 con limitaciones (150 = 100 · No sabe = 50 · 90 = 0). Los 1.851 casos respondieron los 4 componentes (la regla de cálculo exige al menos 3). Bandas con cortes convencionales en 25 / 50 / 75. Consistencia interna de los componentes: α = 0,69. Sensibilidad: excluyendo el dilema, el nivel promedio sube (54,2) pero el ordenamiento de las personas casi no cambia (r = 0,96 entre ambas versiones). La validez del índice deberá evaluarse en nuevas mediciones.

¿Amor a la vida o miedo a la muerte? — quiénes aceptarían vivir para siempre

POR ESCALA DE POSITIVIDAD

Positividad baja (hasta 3,3 incl.)	26%	n=632
Positividad media (más de 3,3 a 3,6)	20%	n=507
Positividad alta (más de 3,6)	32%	n=712

POR PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE

Preocupación baja (hasta 2,0 incl.)	24%	n=683
Preocupación media (más de 2,0 a 3,0)	22%	n=663
Preocupación alta (más de 3,0)	36%	n=505

Los dos paneles muestran el % que ACEPTARÍA la terapia de vida indefinida, según el nivel de cada rasgo (terciles aproximados de la muestra; entre paréntesis, el rango de puntaje 1–5 de cada tercio). La comparación es descriptiva: muestra con cuál de los dos rasgos covaría más la aceptación, sin establecer causas.

La apertura a la longevidad (IAL), según la positividad y la preocupación por la muerte

POR ESCALA DE POSITIVIDAD

Positividad baja (hasta 3,3 incl.)	42,1	n=632
Positividad media (más de 3,3 a 3,6)	41,0	n=507
Positividad alta (más de 3,6)	49,0	n=712

POR PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE

Preocupación baja (hasta 2,0 incl.)	39,2	n=683
Preocupación media (más de 2,0 a 3,0)	43,0	n=663
Preocupación alta (más de 3,0)	52,1	n=505

IAL promedio (0–100) por nivel de cada rasgo (terciles aproximados de la muestra; entre paréntesis, el rango de puntaje 1–5 de cada tercio). La positividad se calcula como prescribe Caprara: promedio de los 8 ítems, con el ítem del futuro incierto puntuado invertido.

Asociación bivariada (Pearson, ponderada) con el IAL: positividad **r = 0,13** · preocupación por la muerte **r = 0,23**. Asociaciones modestas, de carácter exploratorio: no establecen causalidad.

¿Amor a la vida presente o esperanza en la que viene? — las dos caras de la positividad

POR POSITIVIDAD SOBRE EL PRESENTE

Pos. presente baja (hasta 3,6 incl.)	44,6	n=592
Pos. presente media (más de 3,6 a 4,0)	42,0	n=654
Pos. presente alta (más de 4,0)	45,2	n=605

POR POSITIVIDAD HACIA EL FUTURO (OPTIMISMO)

Pos. futura baja (hasta 2,3 incl.)	38,2	n=583
Pos. futura media (más de 2,3 a 3,3)	44,5	n=855
Pos. futura alta (más de 3,3)	53,1	n=413

El equipo de investigación de OPSA propuso —y un análisis factorial exploratorio de esta base lo sugiere (ejes principales con rotación varimax; KMO = 0,80; dos autovalores mayores a 1; 49% de la varianza)— que la Escala de Positividad reúne dos dimensiones: la positividad sobre el PRESENTE (satisfacción con la vida y con uno mismo, orgullo, confianza, apoyo) y la positividad hacia el FUTURO u optimismo (fe, esperanza, futuro no incierto). Esta estructura deberá confirmarse en nuevas muestras. Acá, el IAL promedio por nivel de cada una.

Asociación bivariada (Pearson, ponderada) con el IAL: positividad presente **r = 0,04** · positividad futura **r = 0,21**. En esta medición, la asociación con la apertura aparece del lado de la esperanza en el futuro antes que de la satisfacción con el presente — un contraste sensible a la especificación, planteado como hipótesis.

¿Hasta qué edad se quiere vivir, según la edad que se tiene?

16 a 29	87,9	n=35
30 a 49	88,3	n=288
50 a 60	88,3	n=305
Más de 60	90,3	n=633

Edad deseada promedio (entre quienes eligieron una edad) por tramo etario del respondiente.

«Mi mejor etapa está por venir», por tramo de edad

16 a 29	38%	n=50
30 a 49	20%	n=454
50 a 60	16%	n=435
Más de 60	6%	n=912

% que cree que su mejor etapa está por venir, en cada tramo de edad.

La inmortalidad, según la religión

Católica	25%	n=781

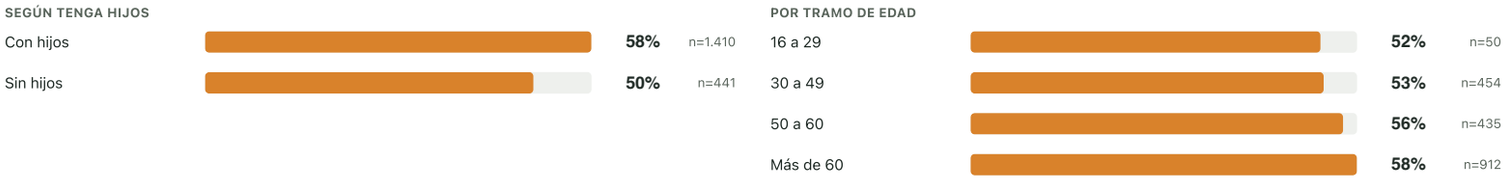
...y según la práctica religiosa

Al menos una vez por semana	27%	n=141

% que aceptaría la terapia de vida indefinida. Solo categorías con al menos 30 casos.

% que la aceptaría, por frecuencia de participación en celebraciones religiosas.

La inmortalidad se negocia en familia: «solo la aceptaría con las personas que amo»



% que condiciona el tratamiento a que también lo reciban sus seres queridos — según tenga hijos y por tramo de edad.

Todos los cruces están ponderados y respetan los filtros activos. El n de cada celda es la base sin ponderar; las diferencias entre celdas chicas (n bajo) deben leerse con cautela.

16 SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Un tema central de época. La extensión radical de la vida dejó de ser ciencia ficción para convertirse en programa de investigación: la medicina regenerativa, la reprogramación celular y la inteligencia artificial aplicada a la biología concentran hoy inversiones enormes -de los laboratorios académicos a iniciativas privadas como Calico o Altos Labs- y un debate público que ya no discute si la vida puede alargarse, sino cuánto, cómo y para quiénes. Se sabe mucho de lo que la biotecnología promete y muy poco sobre lo que las sociedades están dispuestas a aceptar. Este estudio se inscribe en esa conversación: una primera medición nacional y sistemática de las actitudes frente a la longevidad, el rejuvenecimiento y la inmortalidad biológica y digital.

El estudio. Este informe ofrece una primera descripción exploratoria de las actitudes hacia la longevidad, el rejuvenecimiento y distintas formas hipotéticas de extensión de la vida entre las personas encuestadas. Los resultados muestran una expectativa elevada respecto del aporte futuro de la ciencia -el 89% cree que en los próximos 30 años logrará aumentar significativamente la esperanza de vida- junto a una disposición personal considerablemente más condicionada. Conviene distinguir cuatro objetos que el debate público suele mezclar y que aquí se midieron por separado: el aumento de la esperanza de vida, el rejuvenecimiento del cuerpo, la vida de 150 años y la vida indefinida.

El marco y los antecedentes. Los antecedentes directos son escasos. El antecedente directo más cercano es la encuesta del Pew Research Center en Estados Unidos (*Living to 120 and Beyond*, 2013), que encontró una mayoría reacia a los tratamientos de extensión radical y una duración de vida ideal en torno a los 90 años. Una década después y en otro hemisferio, los resultados aquí presentados convergen de manera notable: la edad deseada promedia 88,6 años y la preferencia por la calidad sobre la cantidad -90 años con salud perfecta antes que 150 con limitaciones, 83% contra 10%- reproduce el mismo patrón. Esta convergencia sugiere que no se trataría de un rasgo cultural local sino de una estructura actitudinal más profunda.
Como marco de lectura se recurre a la *compresión de la morbilidad* (Fries, 1980) como ideal sanitario: **vivir mucho, enfermar poco**; a la teoría del *manejo del terror* (Becker; Solomon, Greenberg y Pyszczynski) sobre el papel del miedo a la muerte en la vida psíquica, y a la *perspectiva socioemocional* de Carstensen sobre cómo el horizonte temporal reorganiza las prioridades de vida. Sobre ese fondo, este estudio contribuye a enriquecer el estado del arte con datos empíricos basados en una muestra de población hispanohablante.
Por qué una escala psicológica y un índice propio. Dos decisiones metodológicas definieron el diseño. La primera fue incluir la **Escala de Positividad** de Caprara y colaboradores (2012), un instrumento breve y validado internacionalmente, elegida por una hipótesis de fondo: que la apertura a la vida extendida no depende solo de creencias sobre la ciencia, **sino de la relación subjetiva con la propia vida** (quien la mira con más optimismo, ¿quiere más de ella?).
La segunda fue construir el **Índice de Apertura a la Longevidad (IAL)**, un desarrollo original del equipo de OPSA que resume en una escala de 0 a 100 **cuatro dimensiones emocionales-cognitivas**. El índice posibilita el abordaje de un concepto difuso a través de su operacionalización en una variable medible, abriendo la posibilidad de realizar comparaciones entre poblaciones diversas. Partimos de una línea de base de 44 puntos sobre la cual las eventuales mediciones y réplicas futuras podrán compararse. No obstante, resulta importante señalar que en esta primera medición el IAL es un índice exploratorio: su composición y sus análisis de sensibilidad están documentados junto al gráfico, pero su validez deberá evaluarse en nuevas muestras antes de utilizarlo como indicador comparativo consolidado.

La prioridad: calidad antes que cantidad. El hallazgo más consistente es la prioridad otorgada a la calidad de vida. El 83% prefiere vivir 90 años con salud perfecta antes que 150 con limitaciones físicas, y solo el 4% elige «vivir muchos años» como prioridad aislada. El 67% prefiere vivir hasta una edad determinada y el 17% indefinidamente; entre quienes eligen una edad, la deseada promedia 88,6 años. Las respuestas abiertas completan el cuadro: la vida larga «solo tiene sentido si» hay salud (35%), disfrute (25%) y vínculos (17%). La extensión de la vida resulta atractiva, sobre todo, cuando se asocia con salud, autonomía y lucidez.

No todo es lo mismo: el tipo de intervención importa. Un 52% aceptaría un tratamiento seguro que devolviera o conservara la condición física de los 30 años, y otro 35% lo consideraría. Sin embargo, frente a la posibilidad de vida indefinida predomina el rechazo sobre la aceptación (43% contra 27%) en un contexto de elevada incertidumbre (30% no sabe). La conservación digital de los recuerdos y la forma de pensar genera la mayor resistencia: 62% la rechaza y 15% la acepta. El conjunto de respuestas sugiere que el rejuvenecimiento despierta mucha más apertura que la vida sin límite o la continuidad digital.

La centralidad de los vínculos. El 54% solo aceptaría un tratamiento para vivir mucho más si también pudieran recibirlo las personas que ama, y apenas el 9% lo aceptaría si fuera solo para sí. El 70% señala que lo más difícil de sobrevivir a los demás sería ver morir a sus seres queridos. Y el mensaje a la humanidad de 2126 casi no menciona la tecnología (5%): pide cuidar el planeta, disfrutar el presente y ser mejores personas. Lo ambiental no aparece como veto a la vida propia (la sobrepoblación reúne solo el 3% de los motivos de rechazo) pero encabeza lo que se le pide al futuro colectivo. **La longevidad imaginada no es un proyecto puramente individual: su valor depende de poder compartirla.**

Las asociaciones psicológicas, en clave exploratoria. La preocupación por la muerte se asocia de manera positiva con el IAL (r = 0,23), al igual que la positividad orientada al futuro (r = 0,21); la positividad referida al presente prácticamente no se relaciona con el índice (r = 0,04) y la escala completa queda en un nivel intermedio (r = 0,13). Se trata de asociaciones bivariadas sobre datos transversales: no permiten identificar causas ni «motores» psicológicos, pero dejan planteadas dos hipótesis para los próximos análisis multivariados: (1) que la apertura a la longevidad está más asociada al temor a la muerte que al amor por la vida presente; (2) que la apertura a la longevidad queda más asociada a la esperanza que a la satisfacción presente (factor Optimismo). **Las razones declaradas, por su parte, hablan de disfrute y proyectos (71%) y casi nunca del temor a la muerte (8%): la distancia entre lo que se declara y lo que covaría es, en sí misma, un resultado.**

Quiénes más, quiénes menos. Descriptivamente, los varones muestran mayor apertura que las mujeres en varios indicadores (IAL de 48,8 contra 39,3; sentimiento ante los 150 años de 6,2 contra 5,2 sobre 10), y el grupo de 30 a 49 años alcanza el IAL más alto. Los menores de 30 son los más escépticos frente a la promesa científica y los más cerrados a la continuidad digital. Por tanto, podría pensarse que l**a apertura a la longevidad no es un rasgo generacional del futuro: es una posición existencial que se toma cuando la vida ya mostró su finitud.**

El plano colectivo: acceso y regulación. Cuando la mirada pasa del yo a la sociedad predomina una expectativa igualitaria: el 40% considera que todas las personas deberían acceder por igual y el 30% priorizaría a quienes estuvieran enfermos; el 48% espera que el Estado garantice el acceso a toda la población y otro 27%, que regule su uso y su precio. Por lo tanto, la posibilidad de extender la vida se representa, no solo como una cuestión biomédica sino también como un problema potencial de acceso, regulación y distribución. El Estado es señalado como garante, con una demanda que crece con la edad; y los temores sociales -la sobrepoblación, el colapso de las jubilaciones, la desigualdad- pesan más que los personales. La longevidad y los tratamientos de rejuvenecimiento no se perciben solo como una proeza biomédica, sino también como un gran problema de justicia distributiva.

El límite humanista. El estudio termina donde empezó la filosofía: **en el sentido o significado de la vida**. La condición más citada para aceptar la inmortalidad es compartirla (54% solo la aceptaría si también pudieran recibirla las personas que ama); lo que más pesaría de sobrevivir a los demás es ver morir a los que se quiere (70%); y el mensaje a la humanidad de 2126 casi no menciona la tecnología (5%): pide cuidar el planeta, disfrutar el presente y ser mejores personas. Frente a la promesa de la vida sin fin, la respuesta mayoritaria **es un humanismo condicional: más vida, sí, pero con salud, con otros y con sentido.**

Lo que sigue. Este informe es una línea de base, no un cierre. El instrumento -cuestionario estandarizado, escala psicológica validada internacionalmente e índice sintético replicable- quedó diseñado para viajar: las mismas preguntas pueden formularse en cualquier país y el IAL permitirá comparar la apertura a la longevidad y el rejuvenecimiento entre culturas, religiones y sistemas de bienestar muy distintos. La agenda próxima incluye el seguimiento por olas -¿la apertura a la longevidad crece a medida que la promesa científica se vuelve noticia?- y la réplica internacional comparada, para la que este estudio ofrece la prueba de concepto: el tema es medible, las hipótesis son falsables y los primeros hallazgos -la aceptación condicional, el motor del miedo, la brecha de género, la demanda igualitaria- son lo bastante nítidos como para motivar a emprender esa escala.
Los resultados describen una **apertura condicional: más vida resulta deseable cuando significa más salud, autonomía, proyectos y tiempo compartido, y pierde atractivo cuando implica limitaciones, soledad, desigualdad o duración indefinida**. El IAL constituye una propuesta prometedora para seguir estas actitudes en el tiempo y, eventualmente, para compararlas entre países. Aunque su construcción y su validez deberán documentarse y evaluarse en nuevas mediciones antes de usarlo como indicador comparativo consolidado. La agenda que se abre incluye el seguimiento por olas, réplicas comparativas y el análisis a través de modelos multivariados que controlen género, edad, salud y religiosidad.

17 FICHA INSTITUCIONAL Y TÉCNICA

Institucional

AUTORIDADES
Facultad de Psicología · Universidad de Buenos Aires

DECANO
Lic. Jorge A. Biglieri

DIRECTOR DEL OBSERVATORIO DE PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA (OPSA)
Dr. Gustavo E. González

RESPONSABLE DEL ESTUDIO
Dr. Gustavo E. González

RESPONSABLE DE MEDIOS
Pablo Fernández

Ficha técnica

Tipo de investigación: Cuali-Cuantitativa.

Modalidad: Encuesta on-line geolocalizada.

Contactabilidad: La invitación a completar la encuesta se realiza a través de redes sociales, según parámetros de geolocalización.

Universo: Población general, mayores de 16 años.

Tamaño de la muestra: 1.851 casos. Error muestral ±2,3%; nivel de confianza 95% (referencia teórica no aplicable directamente a una muestra opt-in ponderada)

Cobertura geográfica: Total país.

Diseño muestral: Muestra online, ponderada por parámetros poblacionales de género y edad. La aleatorización se realiza a través de los algoritmos de distribución de publicaciones de las redes sociales.

Fecha de campo: Agosto de 2026.

Los porcentajes se presentan redondeados al entero: por ese redondeo, algunas distribuciones pueden sumar 99% o 101%.

Las ediciones anteriores del Monitor

Este informe presenta los resultados completos de la medición actual y la evolución histórica de sus indicadores principales.

Las ediciones anteriores del Monitor, con sus informes completos, están publicadas en el sitio del **Observatorio de Psicología Social Aplicada** de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Ver los informes en www.psi.uba.ar/opsa →