

## Escala de Contenido de Experiencias Cercanas a la Muerte (C-ECM)

Le invitamos a contestar a cada una de las 20 afirmaciones a continuación según sus emociones y pensamientos en el momento de dicha experiencia (ni antes, ni después), escogiendo la respuesta que le parezca más adecuada (solo se admite UNA respuesta por afirmación).

Como cada experiencia o sensación se vive de manera más o menos intensa, le proponemos aclarar la intensidad experimentada con la ayuda de las 4 opciones de respuesta (del 1 al 4) para cada afirmación. Si, de lo contrario, usted no ha experimentado el fenómeno presentado en la propuesta, por favor escoja "0 – nada; ausencia". Si ha vivido un mismo fenómeno varias veces durante la experiencia, le invitamos a que conteste según el fenómeno más significativo.

Opciones de respuesta:

0 – Nada; ausencia

1 – Ligeramente

2 – Moderadamente

3 - Intensamente; equivalente a cualquier otra experiencia intensa vivida hasta hoy

4 - Extremadamente; más que en cualquier otro momento de mi vida y más intenso que 3

	0	1	2	3	4
1. Su percepción del tiempo estaba modificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sus pensamientos se aceleraron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Escuchó una o varias voces que no estaban vinculadas a una entidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tuvo la impresión, de repente, de entenderlo todo sobre usted, los demás y/o el universo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tuvo un sentimiento de paz y/o de bienestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tuvo una sensación de armonía o unidad, como si formase parte de un todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vio o fue rodeado/a por una luz brillante sin origen material determinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tuvo capacidades sensoriales inusuales (vista, oído, olfato, tacto y/o gusto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fue consciente de cosas más allá de lo que sus sentidos pueden percibir habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adquirió conocimientos sobre el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tuvo la sensación de estar 'fuera' o separado/a de su cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tuvo la sensación de abandonar el mundo terrestre o de integrar una nueva dimensión y/o entorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Volvió a ver o a vivir uno o varios acontecimientos de su pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Estuvo en la presencia de alguien y/o una entidad (puede tratarse de una persona fallecida)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Tuvo un sentimiento de inexistencia, de vacío absoluto y/o de miedo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Experimentó una barrera y/o un punto de no retorno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Tomó la decisión o se vio obligado/a a volver de la experiencia que estaba viviendo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Tuvo la impresión de morir y/o estar muerto/a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Vio o entró en una zona de paso (un túnel o una puerta, por ejemplo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Tiene la sensación de no encontrar las palabras adecuadas para describir su experiencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>