

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

Copyright ©2020 Charlotte Martial et al. All rights reserved.

Reproduction, distribution, translation or other use of this scale, in whole or in part, is strictly prohibited without the prior written permission of the author or rights holder. For all requests to use, translate, modify or adapt this scale, please contact cmartial@uliege.be.

Any unauthorized use will be prosecuted.

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"/>