



## *Centro de Asistencia Técnica relacionada con Problemas con el Juego de Massachusetts*

# REQUISITOS Y SOLICITUD DEL CERTIFICADO de Especialista en problemas con el juego de Massachusetts (MA PGS)

## Introducción

El Certificado de Especialista en problemas con el juego de Massachusetts (MA PGS) reconoce la experiencia, capacitación y comprensión del trastorno del juego (ludopatía) entre los clínicos que tratan trastornos de abuso de sustancias. Se creó para ayudar a esos clínicos a entender y reconocer la importancia de realizar controles, valorar y tratar los trastornos del juego entre sus clientes.

Se recomienda a todos los clínicos que cuentan con certificado y licencia para tratar trastornos de abuso de sustancias que cumplan con los requisitos mínimos (que se describen a continuación) para recibir el Certificado de MA PGS, con el fin de que puedan tratar las necesidades de los pacientes y clientes con trastornos del juego.

Health Resources in Action (HRiA) es quien gestiona y administra el Certificado de MA PGS en nombre de la Oficina de Servicios relacionados con los Problemas con el Juego (OPGS) del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH).

## ¿Quién es Health Resources in Action?

Health Resources in Action o HRiA es una organización médica pública sin fines de lucro con sede principal en Boston. Esta organización tiene la misión de ayudar a la gente a tener vidas más saludables y crear comunidades sanas a través de la prevención, promoción de la salud, políticas e investigación.

Trabajamos con gobiernos, comunidades, científicos y organizaciones de la comunidad con el fin de desarrollar soluciones innovadoras para nuestros problemas de salud pública más críticos, con énfasis en la equidad en materia de raza y salud.

HRiA gestiona el Problem Gambling Technical Assistance Center (Centro de Asistencia Técnica relacionada con Problemas con el Juego) a nivel estatal, el cual proporciona una variedad de asistencia en relación con la capacitación para organizaciones que brindan servicios de tratamiento para personas que tienen problemas con el juego. Además, HRiA gestiona la línea telefónica de asistencia de MA, la cual ofrece información y recomendación de servicios de tratamiento y recuperación para trastornos del juego y del abuso de sustancias en todo Massachusetts.

Si tiene alguna pregunta relacionada con programas específicos o determinada información, no dude en comunicarse con HRiA para obtener más información:

### **Massachusetts Problem Gambling TA Center**

**Health Resources in Action, Inc.**

**2 Boylston Street**

**Boston, MA 02116**

**617.279.2240 (oficina)**

**800.327.5050 (línea**

**telefónica de**

**asistencia)**

**HelplineMA.org**



## Requisitos del Certificado de MA PGS

Los solicitantes pueden recibir el certificado de MA PGS siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos. La documentación de estos requisitos debe presentarse con la solicitud inicial.

### Requisitos relacionados con la educación y el trabajo:

- Maestría o doctorado con un año de experiencia clínicamente supervisada relacionada con las adicciones, o
- Licenciatura (Bachelor's) con dos años de experiencia clínicamente supervisada relacionada con las adicciones, o
- Diploma de la escuela preparatoria con una pasantía y tres años de experiencia clínicamente supervisada relacionada con las adicciones.

### Requisitos de capacitación específica en problemas con el juego:

30 horas (unidades de educación continua o CEU) de capacitación específica sobre juego que puede incluir formación presencial o en línea. HRiA revisará las CEU informadas.

### Requisitos de supervisión clínica:

Supervisión permanente documentada por parte de un supervisor en relación con casos de trastorno de adicción o específicos de problemas con el juego. (Este requisito no es necesario si actualmente trabaja como supervisor clínico o profesional independiente en un consultorio privado). La carta de su supervisor debe indicar que recibe supervisión clínica regular y que las cuestiones relacionadas con los problemas con el juego se tratan a medida que surgen con los clientes. Esta carta debe incluir también lo siguiente:

- Una descripción del contacto directo del solicitante con la supervisión relacionada con los casos de adicción o ludopatía. (Se permite la supervisión grupal o individual, pero no el tiempo dedicado a reuniones de personal o administrativas).
- Una descripción del puesto de trabajo supervisado y del entorno/programa de trabajo durante la supervisión clínica.
- La firma del supervisor o su aprobación de la supervisión.
- Las aptitudes profesionales del supervisor.

### Código ético de conducta y antecedentes disciplinarios:

Cada uno de los clínicos con certificado de MA PGS debe afirmar que respetará el código ético de conducta establecido. Asimismo, la persona debe completar un formulario de antecedentes disciplinarios.

### ¿Para qué sirve el Certificado de MA PGS?

- Le ofrece una forma fácil de demostrar a los demás su experiencia profesional y comprensión de los trastornos relacionados con el juego.



- Le da acceso a una comunidad y a la oportunidad de discutir tratamientos para el trastorno del juego en la Mancomunidad de Massachusetts.
- Le garantiza que recibirá información actualizada de HRiA con respecto a investigaciones, próximas capacitaciones y otros eventos de desarrollo profesional.
- Le permite agregar su agencia de tratamiento o consultorio privado a las listas de recomendaciones de la línea telefónica de asistencia de MA.

## INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE SOLICITUD

**LEA TODAS LAS INSTRUCCIONES Y REÚNA TODA LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA ANTES DE PROCEDER.**

1. Complete el formulario de Solicitud del Certificado de MA PGS, lo cual incluye:
  - a. Envíe el *curriculum vitae* de la experiencia clínicamente supervisada relacionada con las adicciones e incluye las referencias de los supervisores clínicos.
  - b. Lea la información de supervisión clínica del MA PGS y cargue toda la información necesaria (carta o constancia de licencia independiente).
  - c. Cargue la documentación de los requisitos de capacitación específica en problemas con el juego.
  - d. Lea, complete y firme digitalmente el Código ético de conducta, los antecedentes disciplinarios y el consentimiento de divulgación de información.
  - e. Complete la sección Recomendaciones.
2. El pago puede enviarse mediante cheque a la dirección que aparece a continuación o puede hacerse al final del formulario en línea.

### **Tarifas:**

Certificación inicial \$50

Renovación \$25

Renovación de certificación vencida \$75

**Massachusetts Problem Gambling TA Center**

**Health Resources in Action, Inc.**

**2 Boylston Street**

**Boston, MA 02116**

***Nota: El tiempo de procesamiento es de entre 6 y 8 semanas para la aprobación o denegación de la solicitud. Este proceso de solicitud es permanente. Se reciben y consideran solicitudes del Certificado durante todo el año.***

## Mantenimiento y renovación

Una vez que haya sido aprobado y haya recibido su certificado de MA PGS, deberá **renovarlo cada dos años**. Para mantener su certificado debe presentar documentación de:



- 15 CEU de formación específica sobre juego
- Constancia de supervisión clínica continua en relación con problemas con el juego
- Tarifa de procesamiento de \$25



# FORMULARIO DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE MA PGS

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (residencial): \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (personal): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (laboral): \_\_\_\_\_

Empleador actual: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del programa donde trabaja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Actualmente tiene licencia o certificación? Sí \_\_\_ No \_\_\_ N.º de licencia: \_\_\_\_\_

## Requisitos relacionados con la educación y el trabajo

**Marque** la casilla correspondiente a continuación y cargue su *curriculum vitae* con referencias para confirmar la experiencia clínicamente supervisada. Incluya una copia de su diploma.

- ┌ Maestría o doctorado con 1 año de experiencia clínicamente supervisada relacionada con las adicciones.
  - Nombre de la institución y del diploma obtenido: \_
  - Describa brevemente la experiencia clínica relacionada con adicciones. (100 palabras)
- ┌ Licenciatura (Bachelor's) con 2 años de experiencia clínicamente supervisada relacionada con las adicciones.
  - Nombre de la institución y del diploma obtenido: \_



- Describa brevemente la experiencia clínica relacionada con adicciones. (100 palabras)
- └ Diploma de la escuela preparatoria con una pasantía y 3 años de experiencia clínicamente supervisada relacionada con las adicciones.
  - Nombre de la escuela preparatoria o el programa de GED: \_
  - Describa brevemente la pasantía correspondiente y la experiencia clínica relacionada con adicciones. (100 palabras)

**Cargue** (PDF) su *curriculum vitae* que demuestre la experiencia clínica e incluya referencias para cada experiencia correspondiente.

## Requisitos de capacitación específica en problemas con el juego

**Cargue** (PDF) las 30 CEU de capacitación específica sobre juego que puede incluir formación presencial o en línea. HRIA revisará las CEU informadas.

## Requisitos de supervisión clínica

Para la certificación inicial se necesita la supervisión permanente documentada por parte de un supervisor en relación con casos de trastorno de adicción o específicos de problemas con el juego. Este requisito no es necesario si actualmente trabaja como supervisor clínico o es profesional independiente con licencia en un consultorio privado. Seleccione una de las afirmaciones a continuación:

- └ ¿Recibe supervisión clínica regular en relación con casos de trastorno de adicción o específicos de problemas con el juego?
  - Si la respuesta es afirmativa, **cargue** una carta de su supervisor que indique que recibe supervisión clínica regular y que las cuestiones relacionadas con los problemas con el juego se tratan a medida que surgen con los clientes. La carta debe incluir:
    - Una descripción del contacto directo del solicitante con la supervisión relacionada con los casos de adicción o ludopatía. (Se permite la supervisión grupal o individual, pero no el tiempo dedicado a reuniones de personal o administrativas).
    - Una descripción del puesto de trabajo supervisado y del entorno/programa de trabajo durante la supervisión clínica.
    - La firma del supervisor o su aprobación de la supervisión.
    - Las aptitudes profesionales del supervisor.
  
- └ ¿Es supervisor clínico?
  - Si la respuesta es afirmativa, **cargue** una carta de su lugar de trabajo que certifique su puesto.
  
- └ ¿Es un profesional independiente en un consultorio privado?
  - Si la respuesta es afirmativa, **cargue** una copia de su licencia independiente que muestre que está al día.



## Código ético de conducta

Cada uno de los clínicos con certificado de MA PGS debe indicar que respetará el código ético de conducta establecido mediante su firma abajo.

- └ Casillas de texto para firma digital y fecha de firma.

## Recomendaciones

- └ ¿Desea que HRiA recomiende y derive a su agencia para recibir tratamiento?
- Sí o no (marque la casilla)
    - Si la respuesta es afirmativa, proporcione la siguiente información para la recomendación/derivación:
      - Información de contacto (nombre de la agencia, dirección, número de teléfono)
      - Tarifas
      - Cobertura de seguros
      - Otra información importante de la recomendación
- └ ¿Desea que HRiA recomiende y derive a su consultorio privado para recibir tratamiento?
- Sí o no (marque la casilla)
    - Si la respuesta es afirmativa, complete el formulario de CONSULTORIO PRIVADO.

## CÓDIGO ÉTICO DE CONDUCTA

(El solicitante debe leerlo y firmarlo).

1. Respaldo todos los esfuerzos personales y profesionales para alcanzar el objetivo principal de recuperación para mí mismo, el cliente y su familia.
2. Me comprometeré y mantendré comprometido a brindar la atención terapéutica de la más alta calidad para aquellas personas que soliciten mis servicios profesionales.
3. Invertiré mi tiempo y trabajo en pos de los intereses de mi cliente y sus necesidades.
4. Conservaré una relación objetiva y profesional con el cliente en todo momento y usaré mis recursos de supervisión clínica si esta relación empieza a estar desequilibrada.
5. Respetaré las leyes y los reglamentos relacionados con la confidencialidad de todos los registros, materiales y conocimientos con respecto al cliente y la atención equitativa para todos los clientes.
6. Respetaré todas las políticas y funciones directivas dentro de mi institución, además de fomentar esas políticas y funciones con mis clientes.
7. Evaluaré mis puntos fuertes, limitaciones, sesgos y eficacia personales de forma regular y comprenderé mi responsabilidad de crecer profesionalmente mediante la educación y capacitación adicional.
8. Controlaré mi propia conducta en todas las áreas, incluso en lo que respecta al abuso o uso indebido del juego, alcohol y otras drogas u otras conductas adictivas.
9. Solo declararé tener las aptitudes personales o profesionales que realmente haya obtenido.



10. No impondré mi propio punto de vista sobre el juego ni con respecto a ningún problema relacionado con el juego en mis clientes.

---

Nombre del solicitante (letra de molde o impresa):

---

Firma del solicitante

Fecha

### ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

1. ¿Algún consejo de certificación u otorgamiento de licencias de los Estados Unidos o de cualquier país o jurisdicción extranjera le ha impuesto una medida disciplinaria?  
 Sí  
 No
2. ¿Tiene alguna medida disciplinaria pendiente por parte de un consejo de certificación u otorgamiento de licencias de los Estados Unidos o de cualquier país o jurisdicción extranjera?  
 Sí  
 No
3. ¿Renunció voluntariamente a una licencia profesional (no incluye licencias no renovadas o vencidas) otorgada por un consejo de certificación u otorgamiento de licencias de los Estados Unidos o de cualquier país o jurisdicción extranjera?  
 Sí  
 No
4. ¿Alguna vez le negaron una licencia profesional en los Estados Unidos o en cualquier país o jurisdicción extranjera?  
 Sí  
 No

**Si respondió que "sí" a cualquiera de las anteriores, explique en el espacio proporcionado:**

---

---

---

---

---





Nombre del solicitante (letra de molde o impresa)

---

Firma del solicitante

---

Fecha

### CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al seleccionar las casillas a continuación y firmar digitalmente, presta su consentimiento para lo siguiente:

- ┆ Autorizo a HRiA a solicitar información a mis empleadores actuales y anteriores, así como a cualquier institución o agencia a la cual esté o haya estado asociado. Se puede obtener información de cualquier persona (de mis asociaciones informadas en este documento) para determinar mis competencias y logros profesionales.
- ┆ Doy mi consentimiento a HRiA para que inspeccione los documentos o registros necesarios para determinar mi “estándar aceptable” para recibir el certificado de MA PGS.
- ┆ Eximo aquí de toda responsabilidad a todos los representantes de HRiA y a todas las personas y organizaciones que proporcionen información a HRiA de buena fe con el fin de determinar mis acreditaciones.
- ┆ Soy consciente de que cualquier información falsa o engañosa que haya proporcionado deliberadamente se considerará un asunto grave y que se abordará debidamente. Entiendo que esta eximición de responsabilidad deja de tener vigencia un año después de la fecha de firma.

---

Nombre del solicitante (letra de molde o impresa)

---

Firma del solicitante

---

Fecha

### INFORMACIÓN PARA RECOMENDACIÓN DE CONSULTORIO PRIVADO

Nombre: \_\_\_\_\_ Acreditaciones: \_\_\_\_\_



Nombre y dirección del consultorio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ \*Fax: \_\_\_\_\_

\*Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sitio web: \_\_\_\_\_

Indique las opciones de pago (es decir, se aceptan seguros, escala progresiva, tarifa fija, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Días y horarios de apertura de la semana: \_\_\_\_\_

Actualmente tengo un seguro de responsabilidad profesional: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

a través de la siguiente aseguradora: \_\_\_\_\_  
(nombre y dirección de la aseguradora)

*\*Envíe una copia del seguro de responsabilidad*

¿Ofrece tratamiento para familiares de la persona con problemas con el juego? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Alguna otra especialidad? Si la respuesta es afirmativa, indíquelas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma digital: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\* Solo para nuestro registro; no se le proporciona al cliente a menos que usted indique específicamente lo contrario

\*Para enviar su solicitud- por favor imprima la solicitud y envíela por correo con los documentos requeridos y el pago

Dirección Postal:

**Massachusetts Problem Gambling TA Center  
Health Resources in Action, Inc. 4<sup>th</sup> Floor  
2 Boylston Street  
Boston, MA 02116**