

# Obstáculos para las pruebas de VIH en Guatemala: un estudio cualitativo\*

*Matthew R. Anderson, Kimberly Gon, Narda Medina, Lars Margolis, Brian Hagan, Kevin McKenna, Karla Alonzo, Eduardo Arathoon y Blanca Samayoa*

---

## Antecedentes

Los beneficios del tratamiento para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tanto para los pacientes individuales, como para la salud pública, están actualmente bien establecidos. Sin embargo, muchos portadores continúan yendo tarde a recibir atención,<sup>1</sup> y la presentación tardía es un claro factor de riesgo de muerte. Un estudio español encontró

que el 12% de las personas que acudieron tarde murieron dentro de los tres meses posteriores al diagnóstico.<sup>2</sup> ¿Por qué los individuos se presentan tardíamente para las pruebas? y ¿Cómo lograr que las personas infectadas se sometieran a atención médica y tratamiento? Son preguntas clave en la agenda de la salud pública, por lo que reducir los obstáculos y facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas puede llevar a los pacientes a tratamiento temprano, lo cual, a su vez, es capaz de reducir las tasas de transmisión, incrementar el tratamiento del VIH mediante HAART<sup>a</sup> para disminuir la mortalidad relacionada con este virus.

---

**Matthew R. Anderson.** Departamento de Medicina Familiar y Social, Escuela de Medicina Albert Einstein y Centro Médico Montefiore, Bronx, Nueva York, EUA. Correo-e: [bronxdoc@gmail.com](mailto:bronxdoc@gmail.com).

**Kimberly Gon.** Departamento de Medicina Familiar y Social, Escuela de Medicina Albert Einstein y Centro Médico Montefiore, Bronx, Nueva York, EUA.

**Narda Medina.** Asociación de Salud Integral, Clínica Familiar Luis Ángel García, Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

**Lars Margolis.** Colegio de Médicos y Cirujanos, Universidad de Columbia, Nueva York, EUA.

**Brian Hagan.** Departamento de Medicina Familiar y Social, Escuela de Medicina Albert Einstein y Centro Médico Montefiore, Bronx, Nueva York, EUA.

**Kevin McKenna.** Departamento de Medicina Familiar y Social, Escuela de Medicina Albert Einstein y Centro Médico Montefiore, Bronx, Nueva York, EUA.

**Karla Alonzo.** Asociación de Salud Integral, Clínica Familiar Luis Ángel García, Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

**Eduardo Arathoon.** Asociación de Salud Integral, Clínica Familiar Luis Ángel García, Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

**Blanca Samayoa.** Escuela de Farmacia, Universidad de San Carlos, Ciudad de Guatemala, Guatemala, Asociación de Salud Integral, Clínica Familiar Luis Ángel García, Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Existe una amplia literatura que ha buscado en diversas poblaciones los factores que facilitan o sirven como barreras para el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH (*VCT-HIV counseling and testing*). Spielberg y colaboradores<sup>3</sup> los han agrupado en tres categorías generales: creencias individuales, políticas y programas sistémicos y opciones de tecnología de pruebas/asesoramiento. Las creencias individuales que conforman una barrera para las pruebas incluyen: convencerse que uno no se encuentra infectado o en riesgo, temor al diagnóstico del VIH, miedo al estigma o la discriminación y falta de conocimiento sobre el VIH

---

\*Todos los autores enlistados participaron de manera significativa en la concepción, diseño, análisis, interpretación, escritura, revisión, y aprobación del manuscrito.

No se ha publicado ni está actualmente siendo considerado para su publicación ningún artículo substancialmente similar en contenido por parte de (de los) autor (es).

Este estudio no recibió financiamiento externo y los autores no tienen conflictos de intereses que reportar.

---

<sup>a</sup> *Highly active antiretroviral therapy*, terapia antirretroviral altamente activa.

y las pruebas para el diagnóstico del VIH.<sup>4-6</sup> Los factores estructurales que obstaculizan el VCT son: no contar con un seguro de salud o un proveedor médico regular,<sup>7</sup> la falta de acceso a éstas,<sup>1</sup> que no se ofrezcan pruebas de rutina,<sup>6</sup> escasez de recursos humanos,<sup>8</sup> y falta de acercamiento a los grupos en riesgo.<sup>9</sup> Las características del proceso de prueba/asesoramiento que estimulan las pruebas incluyen ofrecerlas sin costo, el uso de opciones orales rápidas y la confidencialidad del proceso VCT.<sup>9,10</sup>

En cuanto a los obstáculos al VCT en Guatemala, se ha publicado poco. Un estudio cualitativo de 30 clientes masculinos de trabajadoras sexuales femeninas buscó las barreras para la disminución del riesgo. Muchos hombres eligieron no usar condón porque sentían que podían evaluar el riesgo de VIH de su pareja y se sentían tranquilos debido a la existencia de clínicas públicas de VIH/ITS para las trabajadoras sexuales.<sup>11</sup>

Dada la falta de información específica acerca de las barreras y los facilitadores del VCT en el país, se emprendió este estudio para entender los obstáculos que impiden la realización de las pruebas de VIH. Se utilizaron métodos cualitativos para generar hipótesis que pudieran guiar las respuestas prácticas y la investigación posterior. Se espera desarrollar nuevas estrategias para estimular el VCT.

## **Métodos**

### *Escenario*

El estudio se llevó a cabo en la Clínica Familiar, una clínica urbana de especialidad en VIH asociada al Hospital General “San Juan de Dios”, ubicado en la Ciudad de Guatemala. La clínica brinda atención especializada en VIH, tanto para pacientes hospitalizados, como ambulatorios. La atención hospitalaria es otorgada en el mismo Hospital, uno de los dos públicos.

### *Metodología*

Se realizaron entrevistas cualitativas semi-estructuradas entre los individuos que asistieron al centro de tratamiento y a hacerse pruebas para pacientes ambulatorios de la clínica.

### *Legibilidad y reclutamiento*

Todos los pacientes adultos de la clínica que eran capaces de proporcionar su consentimiento fueron elegibles para el estudio, que contenía dos cohortes. Una consistía en pacientes VIH positivos reclutados en la sala de espera por los médicos y los consejeros en VIH de la Clínica Familiar; la segunda estaba integrada por pacientes con un estatus de VIH desconocido que acudieron a la clínica para hacerse pruebas. Los pacientes consintieron en ser entrevistados y grabados de manera verbal. No se registró información sobre la identificación de los pacientes y las entrevistas se realizaron sin acceso a su historial médico. Las entrevistas continuaron hasta que no se descubrieron nuevos temas (saturación teórica).

### *Contenido de las entrevistas*

Las entrevistas fueron semiestructuradas y se guiaron por las siguientes preguntas:

- 1) ¿Por qué eligió venir por una prueba de VIH?
- 2) ¿Existe algo que lo hubiera ayudado a venir antes por la prueba?
- 3) ¿Cuándo fue la última vez que vio a un proveedor de atención a la salud? ¿Ellos le recomendaron que viniera a hacerse la prueba?
- 4) ¿Qué sabe acerca del tratamiento para el VIH?
- 5) ¿Conoce algún grupo específico que se encuentre en riesgo de contraer VIH? ¿Pertenece usted a alguno de esos grupos?
- 6) ¿Qué tan lejos tuvo que viajar por su prueba? ¿Cuánto costó su viaje? ¿Esto interferiría con su capacidad de regresar, en caso necesario?

Las entrevistas se llevaron a cabo en español, fueron audio-grabadas y transcritas. Todos los datos de identificación, excepto el género, se eliminaron de las audio-grabaciones y del texto transcrito.

### *Análisis*

Siguiendo el método cualitativo de investigación (codificación) descrito por Auerbach y Silverstein,<sup>12</sup> las entrevistas fueron leídas por tres personas de manera independiente y se revisaron los temas comunes y repetitivos.

Posteriormente, los tópicos fueron agrupados en categorías conceptuales más amplias (construcciones teóricas). Cada lector recorrió las entrevistas para detectar citas relevantes para cada construcción teórica, las cuales fueron después organizadas en subcategorías, de acuerdo a los repetitivos. Los psicólogos de la clínica que no participaron en el análisis revisaron la narrativa final y ofrecieron comentarios adicionales sobre los temas identificados.

### *Preocupaciones éticas*

Este estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital General “San Juan de Dios” y el Comité sobre Investigación Clínica del *Albert Einstein College of Medicine*.

## **Resultados**

### *Descripción de los sujetos*

Se llevaron a cabo veintitrés entrevistas, 15 de los 22 sujetos (68%) eran mujeres.

### *Confusiones, miedo, negación: un triada terrible*

Los entrevistados informaron sobre confusiones acerca de la transmisión, progresión, diagnóstico y tratamiento del VIH. Con respecto a los modos de transmisión del VIH algunos creían que el virus podía ser transportado y transmitido por los mosquitos y muchos hablaron de familiares y vecinos que pensaban que podía pasarse al tocar o compartir una botella de agua con una persona infectada.

*Lo que me espantaba eran los mosquitos, porque me picarían, y yo diría “¡No! ¡Ahora van a picar a mis hijos!” (entrevista 1, femenino).*

*Las personas dicen que alguien puede contaminarse (con VIH) al hablar o estar cerca de otros con la enfermedad (entrevistada 11, femenino).*

*[Un amigo que frecuenta prostitutas] es llamado “sidoso” (enfermo de VIH/SIDA) en su casa. Sus hermanas lo desprecian. No comparten un vaso de agua con él. Si ellas están bebiendo algo, no quieren darle nada (entrevistada 11, femenino).*

En general, los entrevistados afirmaron que las trabajadoras sexuales, los homosexuales y los individuos con muchas parejas sexuales se encuentran en mayor riesgo de contraer el virus, pero los individuos que no pertenecen a esos grupos –incluyendo a las parejas sexuales de aquéllos en esos grupos– no tienen necesariamente un riesgo elevado de contraerlo.

*Las personas piensan que [el VIH] sólo ataca a los homosexuales o a las personas que trabajan como... Creo que las llaman “servidoras” (argot para una trabajadora sexual), y dicen: “No me lo van a dar” (entrevista 1, femenino).*

La progresión y el tratamiento también fueron áreas de confusiones entre los entrevistados. Muchos estaban no tenían claro el curso de la infección; algunos parecían dudar que los “portadores” pudieran transmitir la enfermedad sin que ésta los afectara seriamente.

*La verdad es que, yo sólo sé que es una enfermedad que contraes a través del contacto físico, ya sea sexual o con una aguja o con lo que sea. La idea que tenía era esta: eso es a lo que llaman VIH, y sí, es un tipo de enfermedad y hay un portador del VIH. Tengo dudas acerca de eso. ¿Cuánto tarda en desarrollarse la enfermedad en una persona que es portadora de VIH? (entrevistada 12, femenino).*

*Puedes tener a estas personas que toman la prueba resultan positivas; no se sienten diferentes en nada y dicen: “No estoy enfermo” (entrevistada 15, femenino).*

Con respecto al tratamiento, los entrevistados seropositivos expresaron un sentimiento común: antes de recibir una prueba positiva, creían que los medicamentos antirretrovirales y otras formas de atención para el VIH eran o muy caras o muy difíciles de obtener en Guatemala.

*[Mi esposo] me dijo: “No, no creo (que tengamos el VIH) porque para esa enfermedad dicen que no hay medicina, y si hay medicina me han dicho que es cara” (entrevistada 9, femenino).*

*Antes no sabía nada acerca del tratamiento (para el VIH) y pensaba que no había cura. Pero sí, con el tratamiento uno puede tener una mejor vida. Puedes vivir más tiempo, pero antes no sabía que había medicina (entrevistada 13, femenino).*

Estas confusiones contribuyeron a un temor general al VIH. El mayor miedo fue que contraer el virus daría como resultado una muerte rápida y dolorosa.

*Una persona tiene miedo de hacerse la prueba (de VIH)... porque mi idea es que si alguien está enfermo, esa persona va a morir. Eso era lo que pensaba, que me iban a decir que estoy enfermo y que posteriormente me iba a morir— (entrevistada 13, femenino).*

Los individuos informaron una preocupación correlacionada: la enfermedad o la muerte relacionada con el VIH significaría que no podrían cuidar o proveer para los hijos y otra familia. La mayoría de los entrevistados también expresaron miedo de que el diagnóstico positivo destruiría su vida de numerosas formas: rechazo por parte de la familia, los amigos, los vecinos u otro significativo; la pérdida del trabajo o el sustento propio; discriminación en contra de los propios hijos o la familia; desesperanza con respecto a la posibilidad de futuros prospectos o relaciones estaban entre las consecuencias negativas de un diagnóstico de VIH.

*Porque si resultaba positiva... No sé, tal vez no hubiera sido capaz de continuar con mi familia. (entrevistada 1, femenino).*

*En donde trabajo... quieren saber: ¿Por qué voy al hospital? Y no puedo decir, porque, mira, han sucedido cosas; he sido despedida de mi trabajo (por tener VIH) (entrevistada 7, femenino).*

*Tengo miedo por mis hijos, porque ahora todo el mundo está diciendo que tengo [VIH]... ellos son sólo niños, están empezando y otras personas han comenzado a despreciarlos (entrevistada 1, femenino).*

*No puedo tener hijos porque no puedo tener un esposo; me asusta porque... ¿Por qué un hombre se enamoraría de mí si es (VIH) negativo y soy capaz de propagarlo a él? (entrevistada 22, femenino).*

Para los entrevistados que hicieron la prueba, éstos permanecieron como miedos legítimos; para los seropositivos, los mismos miedos contribuyeron a que no fueran a realizarse la prueba antes.

Ambas confusiones y temores alimentan un sentido de negación que fue común entre los entrevistados: no podían contraer el VIH dado que no pertenecían a un grupo asociado con un alto riesgo (trabajadoras sexuales, homosexuales, individuos con muchas parejas sexuales), así que ellos no se consideraban en riesgo.

*La gente decía que la mujer (con la que dormía mi primer esposo) tenía SIDA... Sí, yo lo sabía. La gente me lo dijo, pero no lo creí. No lo creí hasta que no lo vi con mis propios ojos. Pero sucedió (entrevistada 15, femenino).*

*[Mi esposo] iba a muchas ciudades porque trabajaba en la construcción de carreteras recorría toda Guatemala... pero mira, no, no sospechaba nada, bueno, con él no sabía. ¿Cierto? Y nunca cruzó por mi mente que él lo tuviera [VIH] (entrevistada 9, femenino).*

De manera interesante, pocos entrevistados preguntaron a su (s) pareja (s) sexual (es) si estaba participando en algún comportamiento que los entrevistados consideraban riesgoso. Varios individuos, especialmente las mujeres que viven con sus hijos, informaron que no habían sido sexualmente activas durante muchos años, y por lo tanto no se consideraban en riesgo.

#### *Discriminación / estigma*

Casi todos los entrevistados indicaron gran cantidad de discriminación y estigma asociadas al diagnóstico. Los seropositivos reportaron múltiples casos de cese de trabajo y ostracismo por parte de la familia debido a su condición de “sidosos” (víctimas de VIH/SIDA). Manifestaron que si perdían peso o sufrían de múltiples enfermedades los vecinos o los compañeros de trabajo sospechaban que eran VIH positivos y los evitarían.

*Si la gente sabe que alguien tiene VIH, no quiere estar cerca de él, hablar con él o darle la mano. Ese es el problema aquí en Guatemala (entrevistado 6, masculino).*

*Es muy difícil para una persona normal aceptar a alguien con SIDA, creo, sí. Hay mucha discriminación por esto en Guatemala. Existe una*

*expresión que utiliza la gente: “Eres un sidoso” y eso es como decir: “Puede que tengas SIDA” ... “Eres lo peor, eres malo, basura” (entrevistado 20, masculino).*

Prácticamente todos los entrevistados VIH positivos sólo compartieron su estado con su cónyuge, alguien significativo o con la familia inmediata (raramente).

Otra fuente de discriminación fue el estigma social de que los seropositivos habían sido “responsables” de infectarse. Los entrevistados señalaron que este estigma estaba agravado por la sensación de que el VIH está asociado con las trabajadoras sexuales y los homosexuales: así que si uno estaba infectado, contrajo la enfermedad a través del sexo con una trabajadora sexual o por una relación con una pareja del mismo sexo. Los elementos tradicionales de la sociedad guatemalteca desprecian a estos grupos, creando así un sentido de que los individuos seropositivos se “merecen” su diagnóstico.

*Primero, la religión también condena... por ejemplo, de un hombre que tiene VIH, lo primero que se dice es que es gay (entrevistada 19, femenino).*

Algunos entrevistados dijeron que la mayoría de los guatemaltecos consideraban un diagnóstico de VIH como un castigo por su conducta; al menos dos mujeres se refirieron al estado seropositivo como un tipo de castigo de Dios.

*En Guatemala existe mucho tabú con respecto al [VIH], una persona con él sólo será alguien... diríamos que es como... prostitutas y homosexuales... Yo solía pensar que [el VIH] era un castigo para las personas que andaban por ahí teniendo relaciones fuera de sus parejas, y mi ignorancia era lo mismo... que [el VIH] era para las personas como los homosexuales... en el pasado, yo hubiera dicho que era un castigo de Dios (entrevistada 16, femenino).*

### *Roles de género y la cultura machista*

Muchas de las mujeres seropositivas entrevistadas informaron haberse infectado a través de su esposo u otra persona significativa que tenía numerosas parejas sexuales, frecuentemente desaparecía, se rehusó a hacerse la prueba y probablemente tampoco buscó tratamiento hasta muy tarde en el curso de la enfermedad. Las mujeres declararon que

estos comportamientos eran comunes en la cultura machista, la cual favorece el control y el dominio masculino dentro del contexto de las relaciones sexuales, familiares y sociales. Las mujeres relataron que se les daba muy poco poder dentro de esta dinámica; enfrentaban presión para permanecer en el hogar y al cuidado de los hijos. Sin embargo, algunas señalaron que el uso del condón estaba frecuentemente determinado por la mujer.

*Aquí la sociedad es excesivamente machista; discrimina mucho y te da la espalda, no existe la ayuda de otras personas (entrevistado 19, masculino).*

*Mi esposo... ¿Cómo te digo? Él se va... y, no sé –así es como está la situación ahora–. Él no me va a decir nada, pero tal vez alguna persona ya tiene la enfermedad y uno no sabe nada (entrevistada 4, femenino).*

*Porque algunas veces la mujer decide (el uso del condón)... y otras veces no (entrevistado 11, masculino).*

Los roles de género también parecen desempeñar un papel en la estigmatización de las víctimas femeninas de violación. Una de las entrevistadas no denunció un incidente de abuso sexual por miedo y vergüenza; en otro caso de abuso sexual, la policía sólo brindó asistencia limitada a la víctima.

*Me dio vergüenza (acerca del asalto sexual) y tenía miedo de decirle a mi empleador (entrevistada 22, femenino).*

### *Obstáculos sistémicos y falta de acceso a la atención*

Aunque la mayoría de los entrevistados refirieron que tenían un acceso adecuado a pruebas y atención de VIH/SIDA, algunos denotaron que las oportunidades para exámenes y tratamiento puede que no estén disponibles para los guatemaltecos que viven en pueblos remotos o en áreas rurales. De manera similar, reportaron deficiencias o mala información con respecto a este tema y a la educación sexual, por el acceso limitado a materiales informativos, en particular para adolescentes y para quienes viven en entornos rurales.

*No, no hay mucho por allá (en mi ciudad), llegaron a hacer una prueba gratuita (de VIH), pero es muy poco (entrevistada 18, femenino).*

*Creo que, en Guatemala, la información no se ha extendido mucho –es decir, no hay información por medio de organizaciones nacionales, a través del Estado, o el gobierno– (entrevistado 20, masculino).*

Los individuos atribuyeron estas deficiencias a las actitudes tradicionales hacia el sexo, así como al estigma que rodea al VIH, el cual es omnipresente en la sociedad guatemalteca.

Los entrevistados también enfrentaron obstáculos o resultados deficientes en salud debido a una atención inadecuada por parte de los proveedores de estos servicios. Un entrevistado seropositivo, que trabajó en la atención a la salud, observó que los proveedores de servicios algunas veces brindan información errónea acerca del VIH, también mostró signos de enfermedad crónica durante seis meses antes de que consideraran administrarle una prueba:

*El modo en que [los trabajadores de la salud] hacen las cosas, para mí, creo que provoca más miedo entre las personas (entrevistado 5, masculino).*

Las entrevistadas reportaron atención desigual relacionada con el VIH durante el embarazo; los médicos realizaban pruebas para VIH durante algunos embarazos y no en otros y brindaban poca o nada de asesoría con respecto a prácticas sexuales seguras o de anticoncepción.

Un hombre seropositivo con historial de problemas de salud mental, creía haber adquirido el VIH durante su estancia en una institución psiquiátrica donde los pacientes masculinos y femeninos comparten salas abiertas con poca supervisión y muchos de los pacientes se involucran en prácticas sexuales inseguras entre sí.

El sistema jurídico guatemalteco se observó como uno de los grandes obstáculos estructurales para las pruebas, el tratamiento y la atención adecuados del VIH. Como se ha señalado, la policía pareció prestar poca ayuda en al menos uno de los casos de abuso sexual. Tal vez lo más importante sea que ninguno de los seropositivos indicó que estuvieron disponibles recursos legales cuando sintieron que

fueron víctimas de discriminación relacionada con el VIH. Muchos seropositivos fueron cesados de sus empleos como resultado de su diagnóstico, pero ninguno reportó haber tomado alguna acción legal en contra del empleador. No fue claro si no sabían de la existencia de leyes en contra de la discriminación relacionada con el VIH o si no consideraron que valiera la pena una demanda u otro recurso legal.

## **Discusión**

La información de nuestras entrevistas identificó cuatro grandes temas que impedían las pruebas de VIH:

- factores psicológicos,
- estigma/discriminación,
- roles de género/machismo, y
- obstáculos sistémicos de la atención.

Aunque estos temas conceptuales son útiles para organizar la información, existe una clara superposición entre ellos. Muchos de los temores estaban fundamentados en una realidad de discriminación, mientras que los problemas sistémicos del sistema de atención a la salud reflejan confusión y temores por parte de sus trabajadores. Si bien estos estudios muestran una realidad guatemalteca específica, están en amplia consonancia con la literatura internacional acerca de los obstáculos para el VCT.

Una de las fortalezas de este estudio fue que se tuvo la capacidad de obtener ricas descripciones de personas que ya se habían realizado pruebas de VIH en el pasado o ya se estaban presentando ahora para pruebas de VIH. Sin embargo, este estudio no incluyó al grupo objetivo más importante: las personas con riesgo de contraer VIH que no han asistido a realizarse pruebas. Presumiblemente, este grupo comparte preocupaciones similares a las de los pacientes que se entrevistaron. Empero, ciertamente, es posible que tenga otras preocupaciones aún no registradas, por lo que se planea replicar este estudio en poblaciones en riesgo.

Dado el miedo y la confusión con respecto a las pruebas y a la infección por VIH que se encontraron entre estos sujetos, se percibe que es importante que

los mensajes de salud pública acerca del VIH en Guatemala se concentren en imágenes positivas.

Si las pruebas de VIH se pudieran asociar con “salvar vidas” en lugar de “muerte inmediata”, es posible que las personas fueran menos reacias a realizárselas.

## Referencias

1. Girardi E, Sabin CA, Monforte AD. Late diagnosis of HIV infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2007;46 Suppl 1:S3-8. doi: 10.1097/01.qai.0000286597.57066.2b. PubMed PMID: 17713423. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17713423>.
2. Castilla J, Sobrino P, De La Fuente L, Noguer I, Guerra L, Parras F. Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: consequences for AIDS incidence. *Aids*. 2002;16:1945-51. PubMed PMID: 12351955. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12351955>.
3. Spielberg F, Kurth A, Gorbach PM, Goldbaum G. Moving from apprehension to action: HIV counseling and testing preferences in three at-risk populations. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*. 2001;13(6):524-40. PubMed PMID: 11791784. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11791784>.
4. Kellerman SE, Lehman JS, Lansky A, Stevens MR, Hecht FM, Bindman AB, et al. HIV testing within at-risk populations in the United States and the reasons for seeking or avoiding HIV testing. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2002;31(2):202-10. PubMed PMID: 12394799. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12394799>.
5. Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I. Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe. *HIV medicine*. 2008;9 Suppl 2:23-5. doi: 10.1111/j.1468-1293.2008.00587.x. PubMed PMID: 18557866. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18557866>.
6. Sinha G, Dyalchand A, Khale M, Kulkarni G, Vasudevan S, Bollinger RC. Low utilization of HIV testing during pregnancy: What are the barriers to HIV testing for women in rural India? *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2008;47(2):248-52. PubMed PMID: 18340657. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18340657>.
7. Bond L, Lauby J, Batson H. HIV testing and the role of individual- and structural-level barriers and facilitators. *AIDS care*. 2005;17(2):125-40. doi: 10.1080/09541020512331325653. PubMed PMID: 15763709. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15763709>.
8. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European journal of public health*. 2010;20(4):422-32. doi: 10.1093/eurpub/ckp231. PubMed PMID: 20123683. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20123683>.
9. Yazdanpanah Y, Lange J, Gerstoft J, Cairns G. Earlier testing for HIV--how do we prevent late presentation? *Antiviral therapy*. 2010;15 Suppl 1:17-24. doi: 10.3851/IMP1526. PubMed PMID: 20442457. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20442457>.
10. Peralta L, Deeds BG, Hipszer S, Ghalib K. Barriers and facilitators to adolescent HIV testing. *AIDS patient care and STDs*. 2007;21(6):400-8. doi: 10.1089/apc.2006.0112. PubMed PMID: 17594249. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17594249>.
11. Lahuerta M, Torrens M, Sabidó M, Batres A, Casabona J. Sexual risk behaviours and barriers to HIV testing among clients of female sex workers in Guatemala: a qualitative study. *Cult Health Sex*. 2013. doi: 10.1080/13691058.2013.777474. PubMed PMID: 23627770. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23627770>.
12. Auerbach C, Silverstein LB. *Qualitative data: An introduction to coding and analysis*: NYU Press; 2003.

**Recibido: 26 de noviembre de 2015.**

**Aprobado: 22 de diciembre de 2015.**

**Declaración de intereses: ninguno.**

