

Cuerpo y palabra. El testimonio de personas con VIH como dispositivo de subjetivación

Alberto Alejandro Medina Jiménez*

RESUMEN

Este artículo analiza los testimonios de personas con VIH como ejercicios discursivos y escriturales que configuran al sujeto a través de técnicas de sí, en un contexto marcado por el estigma y el silenciamiento. Se examina cómo el testimonio opera históricamente como un dispositivo cuasi terapéutico que enuncia una verdad y transita de un discurso religioso a uno psicológico. Asimismo, se exploran las formas específicas de corporalidad y sujeción que este impone en relación con las instituciones biomédicas y farmacológicas. Finalmente, se abordan las estrategias de resistencia y apropiación colectiva que los sujetos desarrollan a través del testimonio, no solo como una forma de salvaguardar la vida, sino también como un espacio de disputa frente a los discursos normativos.

PALABRAS CLAVE: Testimonio, Cuerpo, Subjetivación, Dispositivo, Verdad.

Body and Word: The Testimony of People with HIV as an Apparatus of Subjectivation

ABSTRACT

This article analyzes the testimonies of people living with HIV as discursive and scriptural exercises that shape the subject through techniques of the self, within a context marked by stigma and silencing. It examines how testimony historically operates as a quasi-therapeutic apparatus that enunciates a truth, shifting from a religious discourse to a psychological one. Likewise, it explores the specific forms of embodiment and subjection that testimony imposes in relation to biomedical and pharmaceutical institutions. Finally, it addresses the strategies of resistance and collective appropriation that subjects develop through testimony, not only as a means of safeguarding life but also as a space for contesting normative discourses.

KEYWORDS: Testimony, Body, Subjectivation, Apparatus, Truth.

* Departamento de Educación y Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: ame-dinaj@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 15 de enero de 2025.
Fecha de aceptación: 25 de marzo de 2025.

Introducción

Propongo el análisis de un corpus textual ligado al cuerpo erótico y *enfermo* relacionado al VIH en México para tratar de pensar el modo en que el testimonio ha fungido como un dispositivo que configura la subjetividad de manera múltiple para arribar en una reflexión sobre su papel como tecnología del *yo* en la actualidad. Por lo que propongo a este como estudio de caso (Stake, 1999) donde, a partir del análisis documental, se desprenden una serie de articulaciones, choques y, sobre todo, preguntas dirigidas a la teoría, que han permitido formular la presente reflexión. De este modo a la interrogante por la corporalidad y el erotismo se le suman la relación de estas con la palabra en el testimonio, entendiéndolo, en este caso, como narración de la experiencia de los sujetos.

Desde hace algunas décadas el testimonio ha sido una figura fuertemente divulgada y discutida, tanto en medios académicos como en contextos de movimientos sociales e institucionales. Así la irrupción del testimonio en Latinoamérica, durante la segunda mitad del siglo XX, se produjo bajo la denuncia del terrorismo de Estado (Bustos, 2010); lo que ha traído consigo una discusión en la academia sobre su legitimidad aunada a su poder ideológico. Para Beatriz Sarlo (2005) dicha explosión denota un *giro subjetivo* que impulsa la intención de recuperar y preservar la memoria a través de las voces de los excluidos; esta impronta subjetivista, centrada en la experiencia, trae consigo, según la autora, una hegemonía moral sobre la representación del pasado; hegemonía que oculta la ficción del testimonio bajo un disfraz de veracidad. Sin rechazar del todo las advertencias plasmadas por la autora, como veremos, el testimonio guarda una complejidad mayor en relación

con los contextos específicos en que surge, lo que es necesario de cavilarse para evitar una satanización moral del mismo.

El hecho de que mi investigación parta de dicho género y no de otros, como la biografía o la literatura sugeridos por Sarlo (2005), es porque considero que el testimonio guarda un potencial analítico capaz de dirigir la reflexión en múltiples direcciones. Por un lado me permite ver el modo en que dicha veracidad se constituye como tal, es decir, hace visible la lógica del poder que se encuentra ligada a su producción y reproducción; para lo cual su carácter ficcional no nos resulta una característica descartable, sino por el contrario, nos obliga a considerar la retórica que gesta dicho ordenamiento sobre la palabra, así como los giros, arreglos y apropiaciones, por medio de los cuales, el testimonio puede ocupar un lugar estratégico para su emisor. De esta forma el presente trabajo se pregunta por el modo en que cuerpo, palabra y verdad se entretujan para configurar formas de subjetivación.

En este sentido es que propongo pensar el testimonio como un dispositivo en el sentido que le asigna Foucault (1991) como un entramado heterogéneo de discursos, prácticas e instituciones, entre otros componentes, que van a dar respuesta a una urgencia histórica social específica cuyo objetivo es administrar, orientar, organizar y dar sentido a las conductas humanas. También se hace relevante el aporte de Agamben (2011) al concepto pues este acentúa el encuentro *cuerpo a cuerpo* del individuo con el dispositivo, lo que genera formas específicas de subjetividad. Al respecto es importante la puntualización que realiza Esposito (2011) respecto a la noción de sujeto que contiene este concepto. Para el autor esta teorización permite avizorar la articulación entre objetivación

y subjetivación, pues el dispositivo posibilita la escisión del sujeto, permitiéndole tomarse como objeto a sí mismo; esto se ve reflejado en la división entre cuerpo y mente o entre animal y persona, como *partes* distintas de lo mismo. De este modo la noción propia de sujeto lleva consigo los mecanismos de sujeción, en su sentido de sometimiento, que son producidos por los dispositivos.

Si bien el testimonio está compuesto por lenguaje no podemos obviar que su producción se ubica en un contexto semiótico y material más amplio, por lo que es importante considerar todos los procesos institucionales que van desde su registro hasta su publicación. Por lo que la pregunta se centra en el modo en que esta red que genera el testimonio produce formas específicas de identidad y subjetividad ligadas al poder. Sin dejar de lado la forma en que los sujetos pueden generar resistencia o formas de apropiación y uso de estos mismos dispositivos. De este modo, aparece específicamente ligado a las tecnologías del yo, pues estas

permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad (Foucault, 2015:48).

Como veremos en lo subsiguiente, el testimonio aparece como una forma en que los sujetos operan sobre sí mismos a partir de un diagnóstico médico, lo que permite tanto una intervención sobre sus cuerpos, así como una transformación a nivel semiótico que los conduce, mediante la enunciación de la verdad, a un estado distinto de vida. Existe pues, una gestión del sujeto a través

del testimonio para incluirlo en lo que respecta a su lugar dentro de las instituciones y saberes médicos, al mismo tiempo que, se convierte en un espacio que posibilita su despliegue más allá del poder.

A partir de esta premisa, desarrollaré en este texto cinco apartados precedidos por una breve nota metodológica. En el primero, analizaré la irrupción del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su impacto inicial, que configuró procesos de poder y control sobre la vida a través de mecanismos de subjetivación, asociándolo a prácticas consideradas fuera de la norma y vinculándolo al estigma social y al silenciamiento. En el segundo apartado, abordaré el testimonio como una respuesta a esta marginación, para destacar su papel tanto en la visibilización de experiencias como en su dimensión política referente a la veracidad, donde puede funcionar como un acto de resistencia o, en ciertos contextos, como un mecanismo de control social. En el tercer apartado, exploraré cómo, en el caso del VIH, el testimonio ha operado como una forma de restauración moral de la víctima, aunque con la llegada del tratamiento antirretroviral, esta narrativa se medicaliza e incorpora a los dispositivos institucionales. El cuarto apartado examina cómo la transformación subjetiva relatada en el testimonio no solo implica una adaptación a estas estructuras, sino que también reivindica la voz del narrador como una forma de resistencia, convirtiéndose en una afirmación de la vida. Finalmente, concluyo con una reflexión sobre el papel actual del testimonio en un contexto donde los avances científicos y sociales han cambiado la relación con el virus y parecen haber reducido la necesidad de la colectividad en torno a él, preguntándome sobre su relevancia política en la actualidad.

Nota metodológica

Para el desarrollo de este trabajo he elegido una compilación de testimonios que se vieron publicados entre los años 2008 y 2011¹. Como mencioné en la introducción tomé a estos bajo el enfoque de estudio de casos desde un enfoque cualitativo (Stake, 1999), por lo que la selección del material no responde a su tipificación ni a una representatividad de los mismos, sino a criterios que permitan profundizar en la comprensión del caso de interés. Como lo explicité, el objetivo principal ha sido la comprensión sobre el papel del testimonio como figura narrativa, en la configuración de los sujetos con VIH dentro de las instituciones médicas, por lo que se trata de un estudio instrumental de casos (Stake, 1999), ya que estos permitieron profundizar en dicha problematización. La elección de un lapso temporal tan reducido responde a que este ha sido el plazo en que se han publicado el mayor número de testimonios escritos de personas con VIH en México por parte de Asociaciones Civiles y Organismos Gubernamentales. Lo que coincide con la consolidación de la implementación y el acceso universal a los fármacos de alta eficacia (TAR) en el país, cuyos gastos fueron mayormente solventados gracias a que en el año 2005 se les incluyó en el Fondo de Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

¹ Se trata de los ejemplares: *Realidad-es más que vih*, del año 2009 que fue publicado por Editado por el Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el Sida A. C. (CHECCOS A.C.) y financiado por el Gobierno del Estado de Jalisco a través del Consejo Estatal para la Prevención del Sida (COESIDA). *Historias de mujeres VIH*, coeditado por: Comisión Nacional de los Derechos Humanos México, Salud integral para la Mujer A.C. (SI-PAM), Programa de VIH/Sida de la Ciudad de México Clínica Especializada Condesa e Investigación y Desarrollo educativo para la acción social A.C. editado en el año 2009. Así como extractos de los libros: *25 años de SIDA en México. Logros desaciertos y retos*, del año 2008 editado por la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro Nacional para la prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*, del año 2011 editado por el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y por fundación México Vivo. Por último, menciono el libro *Rutas tor-sidas*, sin año ni editorial, editado por la asociación civil Árbol de la Vida.

De modo tal que estos testimonios sirvieron para pensar las formas de incorporación de los sujetos a las estructuras de salud bio-médica ante ese suceso. Además, uno de los criterios de selección fue que su realización fue impulsada por organismos internacionales y financiados con recursos estatales, por lo que remiten a una lógica de acoplamiento por parte del Estado y las organizaciones civiles como respuesta social a la epidemia. En suma, la selección de este material permitió pensar la relación entre el testimonio, el poder y las formas de subjetivación en el momento de su medicalización.

Por otro lado, el lector no encontrará muchas referencias textuales de los testimonios, esto se debe a dos motivos; la forma en que realicé el análisis de los materiales responde a una modalidad interpretativa directa (Stake, 1999) donde se toman ejemplos para que, por medio de la interpretación, estos adquieran mayor significado dentro de la línea argumentativa que se pretende realizar. No se trata, por lo tanto, de un método sustentado en la repetición o la representatividad, sino en la particularidad y la complejidad. Además de este aspecto también es importante mencionar que fue necesario omitir algunas referencias por cuestiones de extensión, priorizando las reflexiones derivadas de la lectura de dicho material, el cuál es de acceso libre en internet.

VIH. Discurso y control social

La primera cuestión inevitable de formular es tratar de comprender el evento histórico que presentó la *pandemia* del VIH-SIDA y el impacto que tuvo en la configuración de dispositivos sociales hasta entonces inéditos. Dicha enfermedad²

² Me refiero al SIDA y al VIH como una enfermedad en su sentido tanto metafórico como experiencial, es decir que no parto de la idea de enfermedad como un acontecimiento puramente biológico sino también semántico,

ubica sus inicios en la primera mitad de la década de los ochenta del siglo pasado. La llegada de esta a Estados Unidos de Norteamérica constituyó un hito en la historia que, en palabras de Comaroff y Comaroff (2013) “puso sobre el tapete la llegada de lo global” (p. 267) y fue delimitando nuevas fronteras y conexiones, reales e imaginarias, a nivel planetario y a nivel corporal. Ante el VIH se inocularon, por una intromisión viral del lenguaje, metáforas e imágenes que desencadenaron una *epidemia de significación* ligada a un discurso biomédico (Treichler. 1987), se configuraron contextos locales bajo un escenario mundial; determinado este por disposiciones políticas y económicas globales causadas y causantes de la enfermedad (Altman. 1999). Este *nuevo orden mundial*, colocó a las personas con el virus bajo condiciones sociales espinosas. La amenaza de muerte por el síndrome se unió con el estigma resultante de los discursos de peligrosidad sobre los *Otros*, ligados a una idea de perversidad y degeneración; de modo tal que la epidemiología, tanto en África, como en los Estados Unidos, Europa o Latinoamérica, para controlar la epidemia, buscaron entre sus habitantes a los *grupos de riesgo*, irremediabilmente ligados a una identidad que marcaría a los cuerpos con el virus como abyectos. Sexualidad, raza, enfermedad e ilegalidad se fundieron para dar forma a un estigma de expansión mundial que hasta la fecha ha resultado difícil de erradicar.

Además de la *muerte social* ligada al virus, causada por su capacidad de generar significados (Treichler. 1987), ante la llegada del fármaco como tratamiento, se delimitó una nueva división entre quienes pueden o no adquirirlo. Partición que agudizó la brecha geográfica entre el *primer* y *el tercer mundo*; lo que hizo aún más visibles

“los costos humanos de la marginación política y económica, lo insuficiente de la intervención humanitaria allí donde más se le necesita y el control cada vez mayor de los monopolios sobre los medios de vida” (Comaroff y Comaroff, 2013:273). Aunque al mismo tiempo, este discurso de diferencia económica sea usado como mito simplista del progreso para justificar la ineficacia local y la intervención internacional (Altman. 1999) pone en cuestión la división de clase y la dificultad de acceso de algunos sectores a los medios de salud, pero también, como veremos más adelante, de acceso a un discurso.

Mientras que en África la epidemia se ha naturalizado como forma de derrotismo naturalizado y muestra de una otredad radical (Comaroff y Comaroff, 2014:272), desde mi perspectiva, en Latinoamérica, y especialmente en México, estuvo fuertemente determinada por una condición de ocultamiento y secrecía, posibilitada por la ubicación y control de los llamados *grupos de riesgo*; se conformó una Otredad cuyo interior será necesario inmunizar. Al mismo tiempo que el control imperioso para evitar una supuesta expansión del virus hacia el vecino del Norte implicará una regulación de los flujos eróticos y migratorios. También supondrá la formación de subjetividades específicas cuya retórica será importada desde *organismos internacionales* que buscarán una normalización de la epidemia a través de la introducción de fármacos de alta eficacia (TAR).

Regresando a la pregunta sobre las condiciones sociales de la globalización, considero importante abordar el VIH bajo este concepto, partir de la relación entre las condiciones materiales de acceso a la vida, que van desde la adquisición del virus hasta la necesidad de los servicios de salud y fármacos. Asimismo, es fundamental considerar la

social y subjetivo.

producción de subjetividades ligadas a demandas globales cuya importación se configura en contextos locales, así como la imposición del silencio que impera a causa del estigma, pero también opera bajo un ordenamiento del discurso. Todo esto debe ser analizado considerando al cuerpo como concepto clave, en tanto eje articulador de vida y lenguaje, y el modo en que ambos quedan implicados en la producción de un sujeto. Para ello, tomaré como material de análisis la figura del testimonio de personas con el virus.

El testimonio como narración de una verdad

Una de las particularidades medulares del testimonio, y donde radica la relevancia de este para las ciencias sociales y humanidades, es la cuestión de la experiencia. La vivencia de un acontecimiento y su posible transmisión a través del texto es quizá la finalidad más significativa. Lo que implica que esta figura discursiva esté obligada a partir de acontecimientos y personajes reales, de donde se desprende una narración en primera persona que implica un efecto de veracidad (Beverly, 1987).

Indudablemente esto abre un canal de análisis sobre el modo en que la experiencia es plasmada a través del lenguaje para considerar la forma en que la verdad es gestionada. Un análisis de esta no supondría sólo acceder a ella como materia prima del devenir subjetivo y social, sino que se encuentra producida por formas del lenguaje, las cuales son necesarias de analizar e historizar. Sin embargo, las características contextuales en las que surge el testimonio hacen de dicha tarea una labor más compleja, ya que un análisis centrado exclusivamente en el modo en que la experiencia del sujeto es producida de manera pasiva en aras de una verdad hegemónica, suprimiría las parti-

cularidades de dicho género, en las que no sólo busca plasmarse el acceso a una verdad, sino que pretenderá ser llevada al terreno político, donde la disputa por ella es lo que impulsa su narración. La *verdad* no es una cuestión resuelta en el testimonio.

*Testificar, en su sentido legal, es producir el propio discurso o la propia historia como parte de un veredicto más amplio aún por hacerse. Se requiere del testimonio en una situación donde la verdad no está clara, donde ya existe una "crisis de la verdad"*³ (Anderson. 2001:127).

Como se mencionó en este apartado, el testimonio surge de condiciones sociales específicas, de experiencias límite de violencia o marginación; en donde acontece una *crisis de verdad* y de ahí la urgencia o necesidad de comunicar la experiencia, lo que hace que la vivencia resulte significativa. Su narración implica la búsqueda de una consigna de justicia en términos sociales y comunitarios (Beverly. 1987). En el testimonio sucede una superación del yo individual de la autobiografía a raíz de la demanda por un cambio en la situación dificultosa que vive o vivió el narrador, al mismo tiempo que implica una superación de la figura del autor, ya que el testimonio adquiere principalmente la forma de compendio. Además, el testimonio es escrito *desde abajo* y no supone un ascenso, superación o renuncia cultural por parte del testimoniante para acceder a la palabra, el narrador del testimonio puede ser cualquiera (Beverly, 1987).

Se entrevisté cierta relación de dicho género con la posición de subalternidad, como una forma en que la voz de grupos excluidos de la Historia se vuelve susceptible de ser puesta en la escena pú-

³ Traducción propia.

blica. La pregunta planteada por Spivak (2003) sobre si puede hablar el subalterno, sin duda hace eco al pensar el testimonio como forma de aproximación a la palabra de este, sobre todo al plantearnos la cuestión de si es posible que hable por sí mismo y de manera transparente para sí. Debemos recordar que el testimonio generalmente es producido bajo contextos institucionales, y en bastantes casos, es impulsado por lógicas globales. Para autores como Alejandro Castillejo (2007) el *extractivismo* institucional y académico sobre el testimonio, pone de relieve el modo en que este es gestionado y archivado en aras de un ordenamiento y control de la palabra para evitar cualquier forma de irrupción que esta pueda generar. Sin embargo, considero que el testimonio contiene también un carácter contradictorio inmanente, que impide su total aprehensión a una lectura opresiva.

Es y no es una forma “auténtica” de cultura subalterna; es y no es “narrativa oral”; es y no es “documental”; es y no es literatura; concuerda y no concuerda con el humanismo ético que manejamos como nuestra ideología profesional; afirma y desconstruye a la vez la categoría del “sujeto” como centro de representación y protagonismo social (Beverly, 1993, 489).

Sería erróneo evadir el carácter ficcional del testimonio y el modo en que el sujeto, al pretender expresar una verdad, al mismo tiempo se sustrae de su propia intencionalidad. De modo similar, es necesario considerar cómo la producción testimonial puede funcionar tanto como una estrategia de dominación como una estrategia del dominado. El carácter dialéctico del testimonio nos conduce a su imposibilidad en distintas direcciones: por un lado, la imposibilidad de plasmar la vivencia en un sentido pleno, ya que el sujeto aparece como

una producción de un ordenamiento discursivo; por otro, la imposibilidad de una captura total de ese sujeto por el lenguaje, lo que implica una irrupción de la vida en el orden hegemónico. Introducir así la noción de cuerpo en el testimonio obliga a considerar cómo este es producido por un contexto social determinado y, en el caso que me interesa, cómo la enfermedad es tanto producida como encarnada a partir de las situaciones sociales que ha vivido el sujeto. Sin embargo, al mismo tiempo, el cuerpo introduce lagunas e imprecisiones en el discurso, pues no es plenamente narrable

Pero esta falta de claridad no nos remite a un cuerpo mudo, sino que es precisamente su imposibilidad de ser aprehendido completamente la que hace considerar la apertura del sentido más allá de una imposición de una verdad ¿Hasta qué punto el testimonio es una captura del cuerpo o hasta qué punto es el testimonio del cuerpo capaz de generar una disrupción en ese orden de subordinación? ¿A caso no el narrador interpela los discursos de verdad que son impuestos sobre él para hablar de *su verdad*? La cual no remite a una verdad íntima e individual sino a una versión distinta de los hechos sociales, apela a un sentido diferente al de la dominación como estrategia de acción. Inscripción, por lo tanto, del cuerpo en otro orden. En este sentido el dispositivo sería desbordado por la sujeción que busca generar.

Silencio e inmunidad

Un diagnóstico positivo de VIH siempre revela más que una enfermedad; constantemente se guardan los secretos asociados al VIH, como se guarda la culpa, el desamor, la preferencia sexual, los encuentros amorosos, y otros muchos temas que se van pegando al corazón, al

cuerpo, como parte atosigante del alma, como costras calcitrantes que impiden verse a sí mismo en la búsqueda más honesta y sagrada: el Ser en sí (CHECOSS, A.C., 2009: 12-13).

El párrafo citado se ubica en la introducción de un compendio de entrevistas que fue editado por una asociación civil que dirige grupos terapéuticos para personas con VIH en Guadalajara, México. Aquí en la introducción se hace notar uno de los ejes que articulan el discurso con el VIH-SIDA: el secreto. Hablar como una lucha contra la secrecía marcada por el estigma de la enfermedad será uno de los objetivos del testimonio. Años atrás, en la década de los 80s, el famoso lema del grupo activista ACT UP *Silencio igual a muerte* resonaba fuerte en los Estados Unidos. Aunque, en este caso, el silencio contra el que luchaban remitía a la falta de respuestas por parte del gobierno del presidente Regan. En México, en el año de 1996, surge el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/SIDA (FrenpaVIH) bajo el eslogan de *Medicamentos para todos* (González, 2018), la mayoría cubiertos del rostro con capuchas blancas, señalaron de manera constante, por vía jurídica y política, la marcada desigualdad de la distribución de los medicamentos, es hasta el 2002 que se asigna un presupuesto para quienes no cuentan con seguridad social en el país. El silencio se enmarcaba por una sordera premeditada ante la exigencia de un tratamiento contra la muerte, respuesta que demoró más tiempo en llegar a México. El testimonio, como objeción ante la situación, ocupó el lugar de un litigio sobre la vida y la muerte, una demanda al Estado que evidenciaba que detrás de esas muertes había historias de personas que merecían vivir. Además, el estigma social que ligaba el virus a conductas fuera de la norma hizo que a pesar de la implementación de los fármacos el silencio continuara

impactando a las personas con el virus a causa del secreto que implicaba su diagnóstico.

En distintas partes del mundo el testimonio se fue implementando como forma cuasi-terapéutica, declamado en grupos de autoayuda como forma de restitución de la persona afectada por la enfermedad y su estigma; aún con poca evidencia⁴, podríamos suponer que, en los primeros años de la epidemia en México, estos grupos fueron tomados por asociaciones religiosas humanitarias, tal como afirman Comaroff y Comaroff (2013) sucedió en África, al ser implementados por grupos de misioneros pentecostales. Así el proceso de institucionalización del tratamiento marcó una modificación del enfoque religioso en vías de una profesionalización. Estos testimonios son fruto de dicha transición, cuya encomienda se basa, generalmente, en la recuperación de aspectos *psicológicos*. Sin embargo, la tensión entre diferentes instancias, la religiosa y la profesional, no se disipa de manera simple, al contrario, parece resolverse en relaciones complejas de contradicción y mezcla entre ambos discursos. Como lo explica el antropólogo sudafricano Didier Fassin (2007) al analizar testimonios de personas con el virus:

*Se trata de un híbrido que reelabora una noción psicológica en el lenguaje de la religión para expresar la gestión local del “trauma”. La psicología como religión laica o tal vez, por el contrario, la religión como psicología práctica: es fácil ver que más allá de las diferencias históricas, esto tiene que ver con configuraciones globales que permiten una interpretación de los mundos locales*⁵ (p. 257-258)

4 Entre ella encontramos “Rutas tor-sidas” un compendio de testimonios editada por una Asociación Civil dedicada a cuidar de personas afectadas y suministrar medicamentos a cambio de que llevaran a cabo un proceso para dejar la homosexualidad o cualquier tipo de sexualidad no normativa.

5 Traducción propia.

Este híbrido entre psicología y religión, como se expresa en el párrafo citado, desplazará la sacralidad religiosa al *ser en-sí*, como espacio *más allá* de protección al juicio externo. La inmaterialidad del alma, como contraposición del cuerpo que la contamina, será vista como el lugar de destino marcado por la introspección del testimonio. Para, de este modo, conocer lo que *el médico no ve*, develar el secreto que se ubica en el cuerpo erótico y su experiencia. El testimonio visibiliza la articulación entre confesión religiosa y acto terapéutico como forma de autoinspección moral; así como esta es implementada como control de la conciencia sobre el cuerpo. A pesar de que la secularización profesional busque despojar la idea de pecado y castigo como forma del estigma sobre el virus, se ve una articulación, un uso de la religión y otras formas *espirituales*⁶, que permiten hacer accesible la propuesta de una moral médica. El objetivo de incorporar a quienes tienen el virus al sistema de salud, donde el tratamiento farmacológico es preponderante; debe producir sujetos capaces de individualizar su conducta y *responsabilizarse* de su salud; lo que es posibilitado mediante el testimonio al permitir una apropiación y resignificación local de los modelos globales de la medicina alópata.

Para la producción de este sujeto se hace necesaria una concepción del cuerpo acorde con el discurso biomédico. El testimonio como dispositivo genera una restitución del *yo* en el relato, que implica la capacidad de que el cuerpo se torne dominable e interpretable bajo la enfermedad. La inmaterialidad del alma es desplazada por la conciencia, pero esta se ubica, a su vez, en el cuerpo individual. El sujeto debe identificarse con su propio cuerpo al mismo tiempo que objetualizar-

lo. El yo-cuerpo implica límites bien delimitados, sin mezclas hacia el exterior. Donna Haraway (1995) plantea que las descripciones del sistema inmunológico, en el siglo XX, instituirá en el discurso biomédico la idea de un *yo* corporal capaz de diferenciarse cabalmente del exterior, esta distinción se torna una tarea constante y necesaria; la meta del cuerpo es erigir las fronteras suficientes para impedir su disolución, pero debe hacerlo de manera constante pues la confusión entre yo y no-yo resulta amenazante. Así la posible enfermedad del SIDA impondrá un modelo corporal basado en la delimitación del *yo* y la regulación de los flujos, tanto corporales, afectivos y de información, pues el fármaco supone una regulación de los flujos enzimáticos que impide la intromisión del virus a la célula del sistema inmune y limita la reproducción viral: “La enfermedad es una subespecie de un mal funcionamiento de la información o una patología de las comunicaciones, un proceso de reconocimiento erróneo o una transgresión de los límites de un ensamblaje estratégico llamado yo” (Haraway, 1995:363).

Esposito (2005) plantea el modelo inmunizante, al que se tiende cada vez más en las sociedades contemporáneas, como una separación del sujeto de la esfera compartida de la comunidad. En este sentido el testimonio puede exaltar en el *yo* un individualismo occidental basado en la regulación del cuerpo y la emotividad; para esto último el modelo catártico se hace útil. La responsabilidad de la salud es transferida al individuo y a su capacidad de responder a las demandas médicas. Por otro lado, la evitación del peligro exteriorizado también implica el del juicio de los otros, a causa del estigma; de modo que la confidencialidad se vuelve útil. La secrecía se torna también una regulación de la información a través del anonimato. Se observa cierta confusión de los testimonios

⁶ En el sentido en que Foucault (2021) desarrolla en *La hermenéutica del Sujeto*.

con el género autobiográfico en tanto que se busca una verdad interna del sujeto en términos casi confesionales. Pero también en tanto hace una exaltación casi heroica del individuo. Lo que denota, además, el papel pedagógico del testimonio, en tanto busca tipificar una vida ejemplar como forma de control. (Beverly. 1987).

¿En estos testimonios existe una apelación a un cambio social estructural? ¿Forman parte de una demanda social, de una búsqueda real de modificar las condiciones de opresión? ¿O se trata, más bien, de una forma de regulación sobre la subjetividad, de un ordenamiento sobre su discurso, es decir, de una sujeción en sentido estricto? En este caso, el sujeto estaría obligado a guardar silencio, en tanto no es desde esa condición desde donde se habla. Además, no podemos obviar la subalternidad en relación con el diagnóstico, ya que, si bien el estigma marca al sujeto como abyecto, este no habla necesariamente desde dicha posición, pues la restitución moral busca separarlo de ese lugar.

Además, es inevitable observar el hecho de que hay personas que, aun con diagnóstico, se muestran más autorizadas que otras para tomar la palabra. Si bien el diagnóstico homogeniza a las personas bajo cierto estigma, la categorización de sus cuerpos por clase, raza y género también jerarquiza sus posibilidades de acceder a los medios institucionales que gestan los testimonios.

Así, por ejemplo, en muchos de los testimonios se observa la inclinación de las instituciones hacia una centralidad en la identidad gay. Según Vargas (2014), esta categoría se encuentra atravesada por la clase y la raza, en tanto que promulga un modelo coherente entre género y sexo, centrado en una identidad. Esto permite una mayor facilidad de incorporación al sistema económico de pro-

ducción y resulta ser más asequible para personas blanqueadas, masculinizadas y de clases medias y altas, lo que termina por excluir otro tipo de identidades, tales como aquellas personas que, a pesar de tener relaciones homoeróticas, no se identifican con ninguna categoría homosexual.

Esta exclusión de clase es, a su vez, una exclusión de género que ha caracterizado la epidemia, lo que ha dificultado que las mujeres puedan tomar la palabra. Al mismo tiempo, ellas se han visto poco representadas como afectadas por el virus, fenómeno que Lina Meruane (2012) denominó el “síndrome de la desaparición femenina”, y que grupos feministas han señalado como una forma de marginalización, materializada en la falta de atención médica y preventiva específica para las mujeres.

“Podríamos afirmar que hay condiciones que posibilitan y acrecientan una marginalidad y triple vulnerabilidad: ser mujer, carecer de recursos económicos y vivir con VIH o SIDA.” (SI-PAM, 2008:3) El texto citado forma parte de la introducción de un compendio de testimonios narrados solamente por mujeres. Es sin duda un esfuerzo por abatir las marginaciones a las que hace referencia y lograr que la mujer acceda a una representatividad mayor en relación con el virus. Así de este modo se intenta dar voz a un grupo excluido de los medios de producción escritural del testimonio. Sin embargo, no se trata de una tarea fácil. La mujer al ser diferenciada del hombre por su cuerpo biológico supone un esencialismo de la identidad de ser mujer “reuniversable como tal en su genericidad absoluta (...) sin considerar el modo en que representación e identidad se hacen y deshacen en el transcurso del texto” (Richard, 1993, p. 130). Lo que supone que la verdad íntima que busca develar el testimonio es la verdad

del cuerpo individual; de su género entendido en términos de sexo, de su erotismo en términos de sexualidad, de su afectividad en términos de padecimiento, y de su enfermedad en términos de contaminación y peligro. Aunque también pone sobre la mesa que las poblaciones *subalternas* deben abandonar ese estatus para acceder al testimonio, y alinearse a cierto discurso universalista, ya que la estructura misma de la narración dictamina ciertas rutas, algunos pasajes obligatorios, por los que las relatoras deben desfilarse y que parecen quedar ocultos⁷.

“Yo cambié, había dejado de ser la mujer sumisa, empecé a ser diferente, salió la que verdaderamente soy, terminé diciendo: “Tú eres lo que yo quiero que seas para mí. Ahora se van a hacer las cosas como yo quiero y digo”. ” (SIPAM, 2009, p. 49) Notamos que, al igual que en los demás testimonios, se exalta la figura individual voluntarista; la heroicidad del personaje en aras de una superación personal; así como una desinhibición que señale al sujeto como responsable de su propio proceso de salud al adueñarse de su cuerpo y sus padecimientos, convirtiéndose en un sujeto activo en lugar de uno que padece la enfermedad.

El cuerpo en la palabra. Renacer

“Porque gracias a todos ustedes que forman parte de esta institución, yo E.R.V., he vuelto a nacer y aprendido a seguir mi vida con mi nueva condición de salud, sin sentirme como una persona de segunda o tercera categoría.” (CIENI, 2011, p. 57). En los testimonios se hace referencia constantemente a este re-nacimiento que implica el

diagnóstico. El cual, de acuerdo con Comaroff y Comaroff (2013) remite a los movimientos de regeneración pentecostales que se ha difundido fuertemente en el sur global. En los testimonios podemos ver como este término ha sido asociado al de resiliencia bajo un lenguaje psicológico, pero también al de empoderamiento con implicaciones más sociales. La adopción de este patrón híbrido por parte de los grupos religiosos, de autoayuda o terapéuticos, está vinculado a un pragmatismo que embona con la encomienda principal del testimonio: la creación de una nueva vida. Como se explicó más arriba, este cambio se encuentra enmarcado por una regeneración moral que comienza con la ruptura biográfica que implica el diagnóstico. Sin embargo, esta característica hace que la cuestión se complejice y visibiliza distintas aristas. En los testimonios citados en este texto, la posibilidad de esta nueva vida se encuentra fuertemente marcada por los avances farmacológicos de la fecha y su ingesta medicamentosa; de modo que el fármaco al permitir evadir la muerte hace posible una renovación. Este renacimiento adquiere una connotación no sólo moral o espiritual, sino también biológica.

Pensar el sida implica reconsiderar la división política entre *zoe* y *bios*, la primera refiere a la vida biológica o animal y a la segunda como una vida política, es decir, con atributos humanos. Se ha dado una discusión, sobre todo en África, sobre el hecho de considerar al VIH/SIDA como una auténtica tanatopolítica, en donde los afectados son reducidos a una simple *vida desnuda*, en referencia a Agamben (Comaroff y Comaroff, 2013). Es un hecho que sobre los cuerpos enfermos impera una posibilidad de ser descartables. Sin embargo, este renacimiento característico del VIH pone en duda si un desnudamiento de la vida pueda ser efectuado soberanamente de manera íntegra. En

⁷ La mayoría de estos testimonios han sido elaborados a manera de entrevista, el discurso se encuentra de cierto modo dirigido y en su transcripción han sido eliminadas las preguntas, lo que demarca un poder sobre el texto, al ocultar la forma que se ha producido y donde la interlocución ha sido suprimida.

los testimonios la demanda por la posibilidad de una vida biológica enmarca, al mismo tiempo, una vida *más allá* de la nuda vida; pues el testimonio siempre implica una búsqueda del reconocimiento del otro, de ahí su carácter colectivo ligado a instituciones y grupos de autoayuda. Este revivir implica regresar de un estado de muerte social, un vencimiento de la vida sobre la muerte, posibilitado por la permanencia del cuerpo biológico, pero también por la palabra que se pronuncia ante otros. Cuerpo y palabra se sostienen mutuamente en el relato del testimonio; vivir implica ambos.

En los testimonios la vida no se reduce a la sobrevivencia posibilitada por el fármaco, sino que implica un plan, una construcción. La sobrevivencia se relaciona comúnmente a una sobrevida biológica, o a la vida después de un evento traumático de manera pasiva; pero también, como sugiere Fassin (2007), en los *sobrevivientes* del VIH/sida, esta puede entenderse en un sentido activo del sujeto, que implica, por un lado, la restitución de la subjetividad que le fue arrebatada, pero también la posibilidad de contarse entre los vivos en el simple hecho de continuar con vida, porque sobrevivir es vivir de manera más intensa.

La vida más que la vida, es lo que expresan los testimonios en un discurso afirmativo. Implica, por lo tanto, una intensidad que emana de la vida misma, o de la fuerza y el coraje ante la adversidad.

Sin embargo, también se hace posible una especie de ruptura con este tipo de historia; lo que se consigue gracias a un carácter metonímico, pues el sobreviviente, ante el VIH en este caso, puede ser cualquiera. Si bien, el testimoniante reinicia su vida desde una posición diferente, esta tiene que ver más con una posición promovida por el testimonio, a la que todos deben o deberían llegar,

y no sólo a una posición de privilegio. La nueva vida implica a su vez una lucha por el acceso universal al fármaco y a la atención médica, así como a una vida digna. De ahí que contenga un carácter político, aunque este sea diferente de las políticas tradicionales. La importancia del cuerpo biológico y la búsqueda del acceso a los medios para preservarla, en el caso del VIH/sida, trajo consigo formas distintas de pensar el cuerpo y su relación con la política, lo que supera la idea de una soberanía sobre la *nuda vida*. Lo que se observa sobre todo en países donde esto se vivió como una urgencia ante la muerte. (Comaroff y Comaroff).

De este modo, aunque la vida intenta ser capturada, tanto por el sistema médico en su conjunto, como por la representación escritural, su incorporación a los dispositivos no resulta de manera intacta. Si es a través del cuerpo biológico que se erige una política de control sobre el sujeto, es su carácter inaprensible, el que sobrepasa la misma pretensión biologicista; lo que conforma un nuevo sujeto político al convertir la vida misma en un plan colectivo. Esto se observa en muchos de los testimonios donde los sujetos se transforman en sobrevivientes, no en un sentido pasivo, sino que buscan que su vida se torne ejemplar y modificar también la vida de otros. La identificación con otros afectados por el virus, aunque con limitaciones, implica un deseo de modificar las condiciones de adversidad a las que el sujeto se enfrenta. Expresa una relación ética en tanto que implica el cuidado de sí como el cuidado de otros, expresado a través del cuerpo biológico. Establece lazos solidarios y de cooperación, de compañía ante las dificultades. El testimonio del VIH, a pesar de su posible individualismo, generalmente revela una necesidad de los otros ante la enfermedad.

Cuando realicé esa primera reunión para conocernos y darnos apoyo, me empecé a dar cuenta de que muchas y muchos de nosotros teníamos problemas en común relacionados con nuestra condición, por ejemplo, en lo que respecta a la atención médica (SIPAM, 2009:21).

Compartir la experiencia es medular para el testimonio. Al mismo tiempo su publicación escrita implica un *más allá* de los grupos en los que se gesta, pues también resulta una invitación para fomentar la incorporación de personas a los grupos e impulsar la realización de actividades concretas.

Su sentido jurídico se engarza con uno político. Respecto al primero, al compartir la experiencia, el sujeto busca resarcir un daño provocado; daño que ha sido causado por la situación social más que por la enfermedad. La discriminación, el estigma y las dificultades para acceder a una calidad de vida son denunciados, al mismo tiempo que se busca mostrar la inocencia ante la culpabilidad que le había sido imputada por su propia situación de enfermedad⁸. El testimonio señala una situación de injusticia. Sin embargo, esta no queda registrada en el nivel de un padecimiento del cuerpo, implica una postura, ante los otros y ante la situación que se vive; implica una estrategia de supervivencia en el sentido que mencionábamos arriba. De modo que el cuerpo no queda reducido a su sufrimiento, ni el sujeto a su situación de víctima.

Un cuerpo creador, es lo que, la mayoría de las veces se suscita en el testimonio; no sólo en tanto generador de un discurso, sino de una acción, de una idea, de una estrategia. Como se expresa

en los testimonios, la vida implica una construcción, un plan, un despliegue de las potencialidades humanas. El reclamo de vida que el sujeto exige para sí implica una concepción de cuerpo que supera la dicotomía *zoe-bios* propuesta por Agamben. Pero también supone una imbricación inherente del cuerpo dentro de esa vida *más allá de la vida*. Lo cual no supone un aislamiento de la esfera pública, sino que este cuerpo puede tornarse altamente intervenido por el poder, pero también profundamente contestatario ante el mismo. Aún en su individuación no se borra su posibilidad de relacionarse con otros cuerpos. A pesar de su biologización el cuerpo no deja de crear imágenes y metáforas.

El virus, los fármacos, la institución médica y el cuerpo mismo son metaforizados para su incorporación a la vida, a pesar de la idea de Sontag (2003) de una desmetaforización a causa de una comprensión científica más acabada del virus (el mito occidental del progreso). La vida no deja de ser metáfora inagotable aun cuando necesita adherirse a un orden biomédico; incluso parece resaltar más su carácter espiritual en situaciones de adversidad extrema; aún bajo el paradigma inmunológico, el cuerpo llama a otros, necesita de los otros. El cuerpo posibilita un tropo en el lenguaje precisamente por su indeterminación en él, por su imposibilidad de ser capturado completamente por el mismo.

Así, el espacio de la conciencia resulta poblado exclusivamente por la misma inscripción sinérgica del cuerpo -como sistema- en un orden de sistemas más extenso, que en él se proyecta y reverbera. Es así que las imágenes que constituyen su registro específico no provienen de un lugar aislado y distinto, sino que son pura contaminación, pura exterioridad. Es por esto

⁸ “Todas las personas con SIDA son inocentes” invoca un lema del grupo activista ACT UP

*que el sida rompe (al tiempo que el del sujeto)
el sueño del lenguaje -como lugar separado)*
(Brea, 1995:12).

No hay lenguaje sin cuerpo. En los testimonios este se hace presente transformando el discurso. La *epidemia de significación* se torna afirmativa al provenir del carácter de sobrevivencia, de esa lucha por la vida que es la vida misma. Lo que no supone ya un cuerpo biológico, sino uno inherentemente ligado la vida como proyecto. El VIH/sida implica “una política capaz de vincular una concepción no tan nuda de la vida a una práctica más robusta de la ciudadanía” (Comaroff y Comaroff, 2013, p. 291)

Las referencias de este texto son mis recuerdos, vivencias y emociones, escribiendo desde el corazón y desde la firme creencia de que el ejercicio de la verdad y la honestidad es el único camino para levantar todos los velos de estigmas que envuelven al SIDA (CIENI, 2011: 173).

Sin duda existen voces que no llegan al testimonio. Las instituciones de salud se tornan inaccesibles para ellos. Sin embargo, el testimonio revela que su incorporación es requerida, como proyecto político, y que las estrategias para ello son posibles. En el párrafo citado se hace una invocación a sanar las heridas de una sociedad. Se necesita de fuerza, respuestas y sobre todo verdad; el testimonio apela a una verdad que transforma; tal como el renacimiento de sus testimoniante implica un nuevo acontecer de la vida. La herida que envuelve al VIH/sida no se limita a la de un cuerpo individual, sino que se ubica en un cuerpo colectivo; enmarcado por una política que pareciera despojar a los sujetos de todo derecho sobre su vida, pero cuya lógica de exclusión y silencio parece responder más al poder del capital que a uno

soberano (Comaroff y Comaroff, 2013); el *nuevo orden mundial* se encarna. Pero también se clama la posibilidad de la acción; y tornar esas políticas de muerte hacia un renacer, un nuevo comienzo orientado no por la muerte sino por el eros.

Hacia futuras reflexiones. La desaparición del lazo grupal y la farmacologización de la vida

Ante una mirada panorámica general en México, si bien aún existe el uso del testimonio como forma de acción política esta ha dejado de ser financiada por organismos estatales ligados a organizaciones internacionales y se ha vuelto un fenómeno más bien local realizado por organizaciones de la sociedad civil, gobiernos estatales o por medios de comunicación masiva⁹.

Otra de las características que se han visto mermaid es la propuesta colectiva que solían tener los testimonios a través del compendio. Tornándose más bien en testimonios individuales desligados de cualquier tipo de grupalidad. La respuesta a que se estén suscitando estas características podría ubicarse en que se han vuelto dispositivos poco necesarios para el poder, en el sentido foucaultiano. Esta lectura nos haría cuestionar, por un lado, si la funcionalidad del testimonio se tornó obsoleta porque logró su propósito o, por otro lado, porque las condiciones históricas se modificaron. En realidad, dicha inquietud supera el motivo de este escrito. Como hipótesis para futuras investigaciones propongo que, por un lado los grupos han dejado de ser un espacio relevante hoy en día debido a que la secrecía que rondaba el virus es cada vez menor, sobre todo, en la población de hombres *gays* (que siempre han encabezado las acciones respecto al virus tanto por representatividad como

⁹ Como el compendio realizado por la organización civil “Convivir con VIH” en el 2020 o la campaña “Vivir con VIH/sida en México, rostros y testimonio” realizada por el gobierno de la Ciudad de México en el 2019.

por tamaño de población afectada) es común que personajes públicos o anónimos *salgan del clóset* respecto a su estado serológico, algo que ha sido posibilitado principalmente por las redes sociales. Esto va de la mano con una reducción del estigma sobre las personas que tienen el virus debido al lema “indetectable = intransmisible”¹⁰. Los fármacos permiten una reducción de la carga viral que no sólo previene el síndrome de inmunodeficiencia sino también la transmisión del virus a cualquier otra persona.

A la par, la reducción del estigma se ha visto posibilitada por el avance farmacológico: cada vez es más evidente que los tratamientos antirretrovirales se han vuelto la solución a las posibles enfermedades derivadas del virus. Pero esto, no aplica solamente respecto a las personas seropositivas sino también a las personas que no tienen el virus. La difusión de los tratamientos profilácticos pre y postexposición (Prep y Pep) han configurado formas de prevención posibilitadas por los fármacos más eficaces que el uso del preservativo. Si bien, en México, la implementación de ambos esquemas profilácticos se había llevado a cabo desde el 2012 a pequeña escala, es en el 2018 cuando surge el ImPreP (proyecto de implementación de profilaxis preexposición) que recabó datos hasta el 2021 donde más de tres mil participantes evitaron la transmisión del virus. Esto ha hecho que el uso de la Prep se haya popularizado y que el uso del TAR sea más común incluso en personas que no tienen VIH. Esto puede estar dando respuesta a un proceso de farmacologización (Bianchi, 2018) donde los fenómenos de subjetivación planteados más arriba ya no están configurados

del mismo modo, sino que las tecnologías del *yo* son producidas en relación con la industria farmacéutica, es decir, se trataría de un *yo* consumista con una corporalidad totalmente individualizada configurada por nuevos dispositivos.

En este sentido lo que he venido desarrollando respecto al testimonio como dispositivo continúa siendo relevante pues da cuenta de la incorporación de los sujetos en un proceso de medicalización donde las identidades que se configuran discursivamente quedan capturadas por las estructuras instituidas. Tal como propone Esposito (2011) respecto a los dispositivos, el testimonio permitió la escisión del sujeto de su propia corporalidad para permitirle operar sobre ella y gestionar sus flujos materiales, semióticos y deseantes. Sin embargo, esta operación de sujeción no implica que el poder quede intacto, sino más bien la afirmación de la vida hace tambalear los discursos, lo que hace que la *verdad* impuesta sobre el sujeto que lo objetiva, se vuelva más bien un campo de disputa hacia el poder. En este sentido trata de una restauración respecto a la injusticia testimonial, lo que Fricker (2017) refiere “cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante un grado de credibilidad disminuido” (p. 17). Esto es ocasionado por las estructuras sociales que desacreditan ciertas identidades fijándolas a ciertos estereotipos desde los cuáles son leídas. En el caso del VIH el testimonio funge como una restauración de la identidad que se vio afectada por el estigma, será importante entonces, analizar cómo esta práctica discursiva no solo permite a los sujetos reapropiarse de su propia experiencia, sino también disputar los marcos normativos que los han definido, lo que ha permitido mejorar las condiciones de vida de las personas con VIH. Así, el testimonio como dispositivo no solo se inscribe en un proceso de

10 La implementación del TAAR genera una reducción de la carga viral en el organismo que este se vuelve “indetectable” ante ciertas formas de medición, por otro lado, se ha demostrado que una persona con carga viral indetectable no transmite el virus, por lo que la detección y tratamiento antirretroviral se ha vuelto una estrategia no solo de desestigmatización sino también epidemiológica.

medicalización, sino que también se convierte en un acto político que desafía las estructuras de poder, lo que abre la posibilidad de resignificar las subjetividades que han sido históricamente mar-

cadadas por la exclusión. Es imperante, por lo tanto, resaltar las acciones colectivas frente al escenario actual de objetivación del cuerpo e hiper-individualización del sujeto.

Referencias bibliográficas

- AGAMBEN, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?, *Sociológica*, Vol. 26, Núm. 73: 249-264.
- ALTMAN, D. (1999). Globalization, political economy, and HIV/AIDS, *Theory and Society*, Vol. 28, Núm. 4: 559-584.
- ANDERSON, L. (2001). *Autobiography. The new critical idiom*. Stirling, Reino Unido: John Drakakis editor, University of Stirling.
- BEVERLY, J. (1987). Anatomía del testimonio, *Revista de Crítica Literaria Latinoamericana*, Vol. 13, Núm. 25: 7-16.
- BIANCHI, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad, *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Vol. 8, Núm. 2: 214-257.
- BREA, J. (1995). Sida, el cuerpo inorgánico, *Acción Paralela: Ensayo, Teoría y Crítica de la Cultura y el Arte Contemporáneo*, Vol. 1: 5-23.
- BUSTOS, G. (2010). La irrupción del testimonio en América Latina: intersecciones entre historia y memoria. Presentación del dossier “memoria, historia y testimonio en América Latina”, *Historia Crítica*, Vol. 1, Núm. 40: 10-19.
- CASTILLEJO, A. (2007). La globalización del testimonio: historia, silencio endémico y los usos de la palabra, *Antípoda*, Vol. 4: 76-99.
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (CIENI) DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER) Y FUNDACIÓN MÉXICO VIVO. (2011). *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*. Ciudad de México, México.
- COMAROFF, J. y COMAROFF, J. (2013). *Teoría desde el sur. O cómo los países centrales evolucionan hacia África*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS MÉXICO, SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER A.C. (SIPAM), CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA E INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EDUCATIVO PARA LA ACCIÓN SOCIAL A.C. (2009). *Historias de mujeres VIH*. Ciudad de México, México.
- COMITÉ HUMANITARIO DE ESFUERZO COMPARTIDO CONTRA EL SIDA A. C. (CHECCOS A.C.) Y CONSEJO ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA (COESIDA). (2009). *Realidad-es más que VIH*. Guadalajara, México.
- ESPOSITO, R. (2005). *Inmunitas. Negación y protección de la vida*. Madrid, España: Amorrortu.
- ESPOSITO, R. (2011). *El dispositivo de la persona*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- FASSIN, D. (2007). *When bodies remember. Experiences and politics of AIDS in South Africa*. California, EE.UU.: University of California Press.
- FOUCAULT, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid, España: Ediciones La Piqueta.
- FOUCAULT, M. (2015). *Tecnologías del yo*. Barcelona, España: Paidós.
- FOUCAULT, M. (2021). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- FRICKER, M. (2017). *Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento*. Barcelona, España: Herder.
- GONZÁLEZ, M. (2018). Política hacia la prevención y el control del VIH-Sida y el caso FRENPAVIH para el acceso universal en México, *VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales*. Cuenca, Ecuador: Memoria académica de Universidad Nacional de La Plata.
- HARAWAY, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid, España: Ediciones Cátedra.
- MERUANE, L. (2012). *Viajes virales. La crisis del contagio global en la escritura del sida*. Santiago, Chile: Fondo de Cultura Económica.
- RICHARD, N. (1993). *Masculino/Femenino: prácticas de la diferencia y cultura democrática*. Santiago, Chile: Francisco Zegers Editor.
- SARLO, B. (2005). *Tiempo pasado. Cultura de la memoria y giro subjetivo. Una discusión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- SONTAG, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid, España: Punto de Lectura.
- SPIVAK, CH. (2003). ¿Puede hablar el subalterno?, *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 39: 297-364.
- STAKE, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Ediciones Morata, S.L.
- TREICHLER, P. A. (1987). AIDS, homophobia, and biomedical discourse: an epidemic of signification, *AIDS: Cultural Analysis/Cultural Activism*, Vol. 43: 31–70.
- VARGAS, S. (2014). Saliendo del clóset en México, gay, queer y maricón. En PARRINI, R. y BRITO, A. (Ed.), *La memoria y el deseo. Estudios gay y queer en México*. Ciudad de México, México: Programa Universitario de Estudios de Género