



ARTÍCULO ESPECIAL

Sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su relación con el maltrato infantil: predictor y consecuencia



J. Cornellà Canals^{a,*} y J.R. Juárez López^b

^a Escuela Universitario del Deporte y la Salud, Universitat de Girona, Girona, España

^b Facultad de Psicología, Institut de Recerca i Qualitat de Vida, Universitat de Girona, Girona, España

Recibido el 23 de mayo de 2014; aceptado el 27 de mayo de 2014

Disponible en Internet el 6 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad;
Maltrato infantil;
Secuela;
Predictor

Resumen Cada vez con mayor frecuencia, la literatura especializada relaciona la presencia de sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con el maltrato infantil, tanto físico, como psíquico y sexual. Este hecho comporta la necesidad de una mayor precisión en el diagnóstico diferencial, pues hasta hace unos años el trastorno por estrés postraumático era considerado como el referente sintomatológico para este tipo de casos. Así, es necesario delimitar y conceptualizar un universo de secuelas y consecuencias del maltrato infantil cada vez más amplio y detallado, donde el TDAH puede relacionarse con el daño psíquico sufrido. Por otro lado, la vulnerabilidad propia del niño con TDAH puede convertirse, a su vez, en un factor de riesgo necesario de considerar por los profesionales que atienden este tipo de problemática.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Attention-deficit hyperactivity disorder;
Child abuse;
Consequence;
Predictor

Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and their relationship with child abuse: Predictor and consequence

Abstract The current literature increasingly associates the presence of symptoms of ADHD in both physical and psychological and sexual child abuse. This implies the need for greater accuracy in the differential diagnosis, as until a few years ago, post-traumatic stress disorder was considered the reference symptoms for this type of case. Thus, it is necessary to define and conceptualize an increasingly broad and detailed world of sequels and consequences, where ADHD may be related to the psychological damage suffered by child abuse. Furthermore, the

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcornella@euses.cat (J. Cornellà Canals).

particular vulnerability of children with ADHD can, in turn, become a factor of risk that needs to be considered by the professionals who care for this type of patient.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La relación entre enfermedades psiquiátricas (infantiles y adultas) y factores psicosociales ha sido objeto de abundante literatura especializada¹ que refiere que hay una evidencia significativa que debemos considerar. Así, varios autores han destacado la relación existente entre la desnutrición fetal (medida como bajo peso de nacimiento) y la depresión (en la adolescencia, adultez y vejez) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) infantil. Se dispone de evidencia de que existe un grupo de factores de riesgo y de protección, evolutivos y socioeconómicos, que predicen e influyen sobre el curso de enfermedades físicas y mentales, como son la pobreza, la falta de apego a la figura primaria, las malas relaciones familiares, la depresión materna, el mal rendimiento escolar y la estructura familiar alterada.

Hay que señalar las aportaciones² sobre el impacto del aprendizaje y las experiencias sociales y emocionales en la actividad de los genes, y la modificación del crecimiento y la función de las células nerviosas. Desde esta perspectiva, tanto las habilidades motoras, como cognitivas y las emocionales, así como la conducta, se ven influidas en función de las experiencias interactivas dentro de las relaciones. Se defiende, por tanto, que si el niño no puede experimentar una relación de confianza desarrollará síntomas típicos de trastornos mentales, como pueden ser, entre otros, los síntomas del TDAH. Existen, además, otros factores que influyen en el desarrollo del cerebro y que pueden conducir a un trastorno (como el estrés postraumático [TEPT]), y que son las privaciones, la violencia física y el abuso sexual en la infancia temprana.

Estos trabajos nos obligan a reflexionar ante el diagnóstico, a veces indiscriminado, de TDAH, sobre la base de unos cuestionarios, y sin profundizar en la historia clínica personal de cada niño, entendida como una historia inserida plenamente en su entorno. La anamnesis detallada y la exploración meticulosa del paciente pueden ayudar a comprender unos problemas de conducta del niño que van más allá de aquello que concierne al déficit de atención. No se puede seguir hablando de TDAH sin recuperar las bases de la semiología pediátrica (en el sentido más clásico) y los datos básicos de la psicopatología.

La necesidad de un correcto diagnóstico diferencial

La tríada sintomática del TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad) puede aparecer también en niños normales o en niños con otras enfermedades psiquiátricas³. Por ello, las recomendaciones sobre la evaluación clínica del TDAH insisten en señalar la importancia de establecer un

correcto diagnóstico diferencial entre la sintomatología que, aun correspondiendo al TDAH, puede tener el origen en otras causas y ser objeto de otro tratamiento. Así, algunos autores⁴ destacan la tercera recomendación de la «Guía de práctica clínica» de la Academia Americana de Pediatría para una correcta evaluación del TDAH en la infancia, incidiendo en la obtención de información de los padres o tutores (a través de entrevistas clínicas y escalas complementarias para padres) sobre su comportamiento, su inicio y duración, el grado de afectación que le representa y el grado de distorsión que provoca para la unidad familiar. Estos mismos autores señalan que en la entrevista con los padres se deberán descartar situaciones médicas y psicosociales que puedan originar sintomatología que semeje un TDAH, tal y como mostramos en la [tabla 1](#).

Cuanto más temprana sea la edad de la evaluación de un niño con sospecha de TDAH, mayores serán las exigencias de establecer un correcto diagnóstico diferencial, debido a que la hiperactividad es una expresión inespecífica de diversos trastornos neuro-psiquiátricos, así como de diferentes estilos educativos. Por ello, en la evaluación de preescolares, debemos diferenciar el TDAH no solo de enfermedades neurológicas y psiquiátricas, sino también de trastornos del comportamiento y de múltiples factores psicosociales. Para ciertos autores⁵, es indispensable evaluar 3 variables psicosociales relacionadas con la parentalidad y el temperamento del niño que pueden incrementar los síntomas del TDAH y sus comorbilidades:

1. El reforzamiento negativo descrito por Patterson, que explica el modo en que la familia forma parte del desarrollo, progresión y reforzamiento de conductas inapropiadas en los niños. La falta de límites en la educación de los niños en edad preescolar es una situación cada vez más frecuente.

Tabla 1 Situaciones médicas y psicosociales que producen síntomas similares al TDAH

Causas médicas	Causas psicosociales
Déficits sensoriales (hipoacusia)	Maltrato y/o abuso sexual
Anemia (inatención)	Estilo educativo incorrecto
Medicación crónica (irritabilidad: fenobarbital, salbutamol)	Expectativas parentales inadecuadas para la edad
Trastornos del sueño Favorecedoras: encefalitis, meningitis, intoxicación por plomo, exposición, fetal a alcohol o cocaína	Coficiente intelectual del niño

2. Las respuestas parentales patogénicas (como el abuso y la negligencia) ante las variables individuales del niño (p. ej., temperamento difícil y conducta agresiva en edad temprana).
3. Los factores ambientales (como estilos de crianza punitivos, abuso de la pareja, aislamiento y abuso de sustancias).

¿Trastorno por déficit de atención e hiperactividad o trastorno por estrés postraumático?

Honor⁶ cita el trabajo de Mullers y Dowling, que van más allá en el sentido de referir el posible diagnóstico erróneo del TDAH atendiendo a la presencia de este tipo de sintomatología cuando el problema de fondo, la etiología de estos síntomas, puede ser, en realidad, un abuso sexual infantil (ASI) enmascarado. El refuerzo del diagnóstico de ASI puede apoyarse —además— con una mayor precisión de los síntomas observados, considerándolos como propios del TEPT y la ansiedad. Por ello, para estos autores, es imprescindible explorar con detenimiento esta hipótesis para evitar una falta de apoyo a un problema muchas veces invisible en la infancia. Se trataría de una negligencia de graves consecuencias en el devenir del niño.

Se hace patente una preocupación por la interpretación de los síntomas de TDAH y de TEPT. El diagnóstico diferencial debería ser exigente, pues puede existir un solapamiento de síntomas en ambos síndromes, de manera que son necesarios más estudios para avanzar en esta diferenciación que es fundamental en la orientación terapéutica.

Existen estudios⁷ que inciden en la necesidad de establecer un correcto diagnóstico diferencial entre el TDAH y el TEPT infantil entre las víctimas de ASI, debido a la similitud de ciertos criterios y al solapamiento sintomatológico. Es evidente que las implicaciones que esta confusión puede tener en el tratamiento nos obligan a una mayor atención de este tema. En este sentido, estos autores abogan por el desarrollo de guías de decisión específicas para el diagnóstico en casos de ASI.

Es interesante considerar el estudio⁸ realizado con una muestra clínica de niños hospitalizados en centros psiquiátricos debido a conductas disruptivas o trastornos de adaptación, y que fueron evaluados mediante instrumentos validados para cuantificar la exposición al trauma, el TEPT y otras psicopatologías. Este estudio definió 4 grupos con diagnóstico fiable: el TDAH, el trastorno oposicionista desafiante (TOD), la comorbilidad entre TDAH y TOD, y el grupo de ajuste. Los resultados muestran que el TOD y (aunque en menor medida) el TDAH se asociaron a una historia de maltrato físico o sexual. Los síntomas de TEPT fueron más graves en la situación de TDAH y los malos tratos, y en la situación de TOD y trauma por accidente o enfermedad. En este mismo estudio, se observa el solapamiento entre síntomas de TEPT y TDAH. Estos hallazgos indican que la detección precoz de los malos tratos, otros traumas, y los síntomas de TEPT pueden mejorar la prevención, el tratamiento y la investigación sobre los trastornos del comportamiento disruptivo de la infancia y adolescencia.

Victimización, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y maltrato infantil

Considerando la perspectiva de la victimización, encontramos autores⁹ que consideran que las conductas asociadas a algunos cuadros clínicos, como la impulsividad en la hiperactividad (TDAH), el embotamiento afectivo y la evitación en el TEPT o la apatía y la dificultad de concentración en la depresión hacen al niño más susceptible a la victimización. Por ello, presentar un trastorno del desarrollo supone un factor de vulnerabilidad que pone a los niños en riesgo de presentar distintos tipos de victimización. Según algunos estudios^{10,11}, el abuso sexual parece ser la forma de victimización más prevalente entre estos jóvenes. Así, entre los síndromes o discapacidades que pueden suponer un mayor riesgo de maltrato o abuso sexual se incluyen el TDAH, el autismo, la parálisis cerebral, los retrasos en el lenguaje y, sobre todo, el retraso mental¹².

Desde una visión complementaria, como consecuencia de haber sido víctima de situaciones violentas, existen investigaciones¹³ que muestran que experimentar un trauma en la infancia está directamente relacionado con desarrollar condiciones psiquiátricas de por vida, incluyendo trastornos de personalidad, trastornos de conducta, TDAH, depresión, ansiedad, abuso de sustancias y TEPT. Así han sido observados —entre quienes han sufrido un trauma en la infancia— cuadros de retraso en el desarrollo, disminución de las habilidades cognitivas, dificultades para aprender, y hasta un coeficiente intelectual más bajo. Además, la mayoría de las personas con estos antecedentes pueden presentar más alta incidencia de problemas escolares, con aumento del abandono escolar. En ellos, los índices de expulsión son hasta 3 veces más altos que para aquellos que no han sufrido ningún trauma.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, maltrato infantil y predicción de riesgo

La coexistencia de síntomas de TDAH y depresión infantil es considerada por algunos autores¹⁴ como un buen método para detectar estudiantes en riesgo de salud mental y psicosocial. En su investigación con jóvenes de 15 a 18 años de edad (n = 4.910), obtuvieron una prevalencia de síntomas de TDAH y depresión del 2,4% (1,0% de varones y 3,9% mujeres). La prevalencia de la experiencia de abuso sexual fue del 20,9% (13,3% varones y 28,7% mujeres). De la muestra con coproducción de síntomas, el 48% de los chicos y el 47% de las niñas informaron de abuso sexual.

Atendiendo a la diferencia de género, hay que destacar un estudio¹⁵ en el que los autores se plantearon 2 objetivos: el primero, evaluar si las niñas con trastorno de atención con hiperactividad (TDAH) tienen un riesgo mayor de tener antecedentes de abuso y, en segundo lugar, si la presencia de una historia de abuso puede constituir un subgrupo distinto de los jóvenes con TDAH. Se establecieron una muestra de niñas con TDAH (n = 140) y un grupo de control equiparado con niñas sin TDAH (n = 88), con edades entre los 6-12 años de edad. Los resultados mostraron tasas significativamente más altas de abuso de las niñas con TDAH (14,3%) que para

la muestra sin TDAH (4,5%), con la mayor proporción en el tipo inatento.

Otros autores¹⁶ informan a partir de una muestra de 100 pacientes (50% hombres, edad promedio 14.79 años), donde el 56% pertenecía a una familia integrada, y para ambos padres el nivel de escolaridad más frecuentemente informado fue de secundaria. En esta muestra, el 22% de los sujetos manifiestan violencia entre sus padres. Los diagnósticos más frecuentemente encontrados fueron episodio depresivo mayor (61%), TDAH (39%), trastorno disocial (31%), abuso de sustancias (31%) y trastornos de ansiedad (17%). Las frecuencias encontradas de los diferentes tipos de maltrato fueron: maltrato emocional (77%), maltrato físico (41%), negligencia (8%) y abuso sexual (24%), donde fue la madre quien perpetró el abuso físico y emocional con mayor frecuencia. Los pacientes con TDAH y trastorno disocial alcanzaron las frecuencias más altas de todos los tipos de abuso, y los adolescentes con diagnóstico de abuso de sustancias también presentaron una alta frecuencia de abuso emocional.

Para estos mismos autores, la elevada frecuencia de psicopatología en niños y adolescentes que sufrieron maltrato les ha permitido considerar el maltrato como un predictor de esta, mencionando los estudios prospectivos de Ethier et al., y de Yanos et al., que informan en este mismo sentido. Así, estos últimos autores exponen que la relación entre el castigo corporal y la presencia de síntomas de TDAH ha sido demostrada en diversos estudios. También acuerdan con Ford et al., y Jonson-Reid et al., donde la presencia de TDAH y trastorno negativista desafiante es más frecuente en pacientes con antecedentes de maltrato físico o abuso sexual, señalando al maltrato como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de conducta.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad como evidencia y secuela del abuso sexual infantil

El abuso sexual en la infancia comporta secuelas importantes¹⁷ que pueden manifestarse a través de problemas de personalidad, TDAH, desórdenes de ansiedad, depresión, desadaptación social, suicidio, comportamiento impulsivo, disfunción sexual y síndrome de estrés postraumático.

En este mismo sentido, numerosas investigaciones destacan cómo el ASI comporta graves consecuencias para el desarrollo infantil, incluyendo prejuicios cognitivos, emocionales, conductuales y sociales¹⁸. Estos últimos autores puntualizan que las víctimas de ASI pueden presentar una gran variedad de trastornos psicopatológicos, como TEPT, disociación, depresión, TDAH, trastornos alimentarios, trastornos psicósomáticos, comportamiento delincuente y abuso de sustancias.

Con el objetivo de examinar si los síntomas del TDAH en la infancia se asocian al maltrato infantil, fue realizado un estudio¹⁹ a partir de una muestra de 14.322 participantes, que nos permite responder con una mayor precisión a esta cuestión. Los resultados muestran que el tipo inatento (según los criterios del DSM-IV) se asoció significativamente a la probabilidad de supervisión negligente, la negligencia física, el abuso físico y el abuso sexual de contacto. En menor

medida, el tipo hiperactivo se asoció a la probabilidad de supervisión negligente y el abuso físico. La asociación entre el tipo hiperactivo y el abandono físico o el abuso sexual de contacto no fue significativa.

En esta misma línea de investigación²⁰, se desarrolló un estudio para probar un modelo prospectivo de problemas de atención en niños abusados sexualmente (ASI) que incluyó variables fijas (p. ej., el género), traumatismos y vías de divulgación. Se evaluaron 156 niños de 8-13 años. En el seguimiento temporal (8-36 meses después de la entrevista inicial) se constató que 56 de los niños presentaron problemas de atención, y además se asociaron síntomas de estrés postraumático. Concluyen que los niños que informan sobre síntomas disociativos en la divulgación de ASI y/o fueron abusados sexualmente por alguien dentro de su familia corren un mayor riesgo de desarrollar problemas de atención.

Atendiendo a estudios retrospectivos, uno de los primeros que encontramos²¹ hace referencia a la relación entre abuso físico y los niños hiperactivos. Un análisis retrospectivo de las historias de los niños con una sintomatología clínica de hiperactividad infantil reveló que los niños con y sin trastorno de déficit de atención sufrieron con mayor frecuencia abuso físico que los niños de la población general. Estos autores concluyen que la hiperactividad se puede dar como resultado del abuso físico, es decir, como secuela resultante del evento traumático.

Un estudio retrospectivo más reciente²² a partir de individuos con TDAH en la edad adulta, 40 mujeres y 17 varones con TDAH, y un grupo control equiparado, completaron el Cuestionario de trauma infantil y otras medidas de funcionamiento psicosocial. Los resultados de este trabajo demuestran que el abuso y la negligencia emocional son más comunes entre los hombres y las mujeres con TDAH en comparación con el grupo control. El abuso sexual y la negligencia física son más comúnmente reportados por las mujeres con TDAH. Y, aunque el abuso infantil se correlaciona significativamente con la depresión y la ansiedad en la edad adulta, se concluye que el TDAH es el mejor predictor del mal funcionamiento psicosocial en la adultez. Concluyen que los médicos deben estar alertados de que los pacientes con síntomas de TDAH tienen una alta probabilidad de trauma infantil.

Finalmente, un reciente estudio²³ elaborado en Toronto (Canadá), y basándose en una muestra de más de 13.000 adultos, concluye que se multiplican por 7 las posibilidades de presentar una sintomatología de TDAH en aquellas personas que sufrieron abusos durante la infancia, una vez controlados otros factores epidemiológicos, como edad, raza, género, divorcio de los padres, adicciones en los padres y situaciones de desempleo en los padres. Existe, por tanto, una fuerte correlación entre los abusos en la infancia y el TDAH.

Conclusión: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad como origen o como consecuencia

La reflexión sobre los hechos observados y la revisión de la literatura nos obligan a reflexionar sobre la naturaleza de la sintomatología que expresa el TDAH. No todo aquello

que contiene síntomas de impulsividad, inatención e hiperactividad puede diagnosticarse como un TDAH, utilizando esta etiqueta de forma indiscriminada con la posibilidad de convencernos que ello es así.

Debemos atender a la sintomatología y no a la etiqueta que derivamos de ella. El maltrato y el abuso infantil, tal y como hemos presentado, pueden ser fácilmente invisibilizados por etiquetas como el TDAH, produciendo más dolor e indefensión en las víctimas.

No es posible relegar la historia clínica detallada e investigativa debido a la preeminencia de la instrumentación psicométrica, en forma de test o cuestionarios que no permiten ir más allá del cribado, es decir, de la superficie nosológica.

Y, para finalizar, no podemos dejar de pensar en la consideración del TDAH como secuela del maltrato y el abuso infantil, aspecto novedoso en el ámbito forense, sobre todo, tal y como hemos referido, debido al solapamiento sintomatológico con el TEPT pese a las diferencias evidentes entre ambos trastornos, y que ha llevado a considerar a este último como secuela principal cuando no única.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Flora de la Barra M. Epidemiología evolutiva en niños y adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2010;48:152-9.
2. Brisch KH. The importance of early traumatic experiences for the development of the infant's brain. *MMW Fortschr Med.* 2005;147:39-42.
3. Cornellà J. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una revisión crítica. *An Pediatr Contin.* 2010;8:299-307.
4. Eddy Ives LS, Lora Espinosa A. El pediatra de Atención Primaria y TDHA: diagnóstico precoz. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 261-6.
5. Palacio JD, Ruiz-García M, Bauermeister JJ, Montiel-Navas C, Henao GC, Agosta G. Algoritmo de tratamiento multimodal para preescolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental.* 2009;32:53-16.
6. Hornor G. Child sexual abuse: Consequences and Implications. *J Pediatr Health Care.* 2010;24:358-64.
7. Weinstein D, Staffelbach D, Biaggio M. Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev.* 2000;20:359-78.
8. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB, Reiser J, Fleischer A<ET.AL>. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreat.* 2000;5:205-17.
9. Cuevas CA, Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Psychiatric diagnosis as a risk marker for victimization in a national sample of children. *J Interpers Violence.* 2009;24:636-52.
10. Hershkowitz I, Lamb ME, Horowitz D. Victimization of children with disabilities. *Am J Orthopsychiatry.* 2007;77:629-35, doi: 10.1037/0002-77.4.629.9432.
11. Sullivan J, Quayle E. Manipulation styles of abusers who work with children. En: Erooga M, editor. *Creating safer organisations: Practical steps to prevent the abuse of children by those working with them.* London: Wiley & Sons, Ltd; 2012.
12. Loinaz I, Echeburúa E, Mayalen I. Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicol Conductual.* 2011;19:421-38.
13. Adams EJ. Healing invisible wounds: Why investing in trauma-informed care for children makes sense. *Justice Policy Institute;* 2010.
14. Sonby K, Åslund C, Leppert J, Nilsson KW. Symptoms of ADHD and depression in a large adolescent population: Co-occurring symptoms and associations to experiences of sexual abuse. *Nord J Psychiatry.* 2011;65:315-22, doi: 10.3109/08039488.2010.545894.
15. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP. Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child Abuse Negl.* 2006;30:1239-55.
16. Ulloa Flores RE, Navarro Machuca IG. Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Ment.* 2011;34:219-25.
17. Bernate-Navarro M, Baquero-Vargas MP, Soto-Pérez F, et al. Diferencias en los procesos de atención y memoria en niños con y sin estrés postraumático. *Cuad Neuropsicol.* 2009;3:104-15.
18. Lessinger Borges J, Dalbosco Dell'Áglio D. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicol Estud.* 2008;13:371-9.
19. Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: A population-based study. *J Pediatr.* 2008;153, 851-6. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.06.002.
20. Kaplow JB, Hall E, Koenen KC, Dodge KA, Amaya-Jackson L. Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child Abuse Negl.* 2008;32:261-75, doi: 10.1016/j.chiabu.2007.07.005.
21. Heffron WM, Martin CA, Welsh RJ, Perry P, Moore CK. Hyperactivity and child abuse. *Can J Psychiatry.* 1987;32:384-6.
22. Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S, Kaplan BJ. Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *J Atten Disord.* 2006;9:631-41.
23. Fuller-Thomson E, Mehta R, Valeo A. Establishing a link between attention deficit disorder/attention deficit hyperactivity disorder and childhood physical abuse. *J Aggress Maltreat Trauma.* 2014;23:188-98.