



Terapias complementarias para el manejo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños: revisión de alcance


Lara Freire Szychta¹

 <https://orcid.org/0009-0005-9021-6634>


Sara Emilly Lima Sombra^{1,2}

 <https://orcid.org/0009-0002-6033-2114>


Glauberiana Alves Lima^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-7210-4368>


Maria Williany Silva Ventura^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-3702-0788>

Brena Shellem Bessa de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6142-1421>

Francisca Elisângela Teixeira Lima^{1,2}





 <https://orcid.org/0000-0002-7543-6947>

Destacados: (1) Se utilizan varias terapias complementarias para controlar el TDAH en niños. (2) Estas terapias pueden contribuir a mejorar los síntomas centrales del trastorno. (3) Son necesarias más investigaciones para demostrar la eficacia de estos enfoques. (4) La atención profesional centrada en el TDAH debe ser individualizada e integral. (5) El profesional sanitario es responsable de la educación sanitaria y del seguimiento del TDAH.

Objetivo: mapear la literatura científica sobre terapias complementarias promovidas por profesionales de la salud para niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. **Método:** esta revisión de alcance siguió las recomendaciones propuestas por el *Joanna Briggs Institute*. Se consultaron cinco bases de datos. Los criterios de inclusión incluyeron artículos publicados en inglés, español o portugués; estudios con niños de uno a nueve años de edad diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, más allá de que incluyan otros grupos de edad; y ausencia de restricciones en cuanto a fecha de publicación, diseño del estudio o tipo de documento. Las terapias se organizaron en cuatro categorías: terapias mente-cuerpo, suplementación, fitoterapia y terapia dietética. **Resultados:** se identificaron 1.444 publicaciones, de las cuales 133 artículos revisados por pares fueron seleccionados para su análisis. En total, se identificaron 65 terapias complementarias, siendo el *neurofeedback* (n=38) la terapia mente-cuerpo citada con mayor frecuencia. Otras intervenciones incluyeron la suplementación con ácidos grasos poliinsaturados (n=14), el uso de *Ginkgo biloba* (n=6) en fitoterapia y la dieta oligoantigénica (n=5) en el contexto de la terapia dietética. **Conclusión:** las terapias complementarias demuestran potencial para reducir los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia. Sin embargo, algunos de estos enfoques aún requieren validación científica, lo que refuerza la necesidad de realizar estudios experimentales específicos para garantizar su uso seguro y eficaz.

Descriptores: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Terapias Complementarias; Niño; Lactante; Salud Infantil; Personal de Salud.

Cómo citar este artículo

Szychta LF, Sombra SEL, Lima GA, Ventura MWS, Oliveira BSB, Lima FET. Complementary therapies for the management of attention deficit hyperactivity disorder in children: a scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4701 [cited   ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7915.4701>

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por síntomas persistentes de inatención, hiperactividad e impulsividad, que comprometen el desarrollo infantil⁽¹⁻²⁾. Se estima que el TDAH afecta entre un 3% y un 8% de los niños en las distintas regiones analizadas a nivel mundial, advirtiéndose que en más de la mitad de los casos el trastorno persiste hasta la edad adulta⁽³⁻⁵⁾. En Estados Unidos, la tasa de diagnóstico entre niños alcanzó el 9,4 %⁽⁶⁾. En general, el trastorno es más frecuente en personas del sexo masculino, con una proporción aproximada de 2:1 en la infancia y 1,6:1 en la edad adulta. Además, las niñas tienden a presentar con mayor frecuencia el subtipo predominantemente inatento⁽⁷⁻⁸⁾, mostrando dificultad para mantener la atención, tendencia a la distracción y dificultad para completar tareas⁽⁹⁾.

El TDAH compromete el funcionamiento personal, social y emocional en la infancia, además de impactar negativamente las relaciones familiares, debido a factores como trastornos de conducta, rendimiento académico y necesidad constante de apoyo especializado⁽¹⁰⁻¹²⁾. El tratamiento del TDAH es multimodal e incluye intervenciones farmacológicas y psicológicas⁽¹³⁾. El tratamiento farmacológico de primera línea implica el uso de estimulantes como la anfetamina (AMP) y el metilfenidato (MPH), ambos con una eficacia semejante⁽¹⁴⁾. Sin embargo, el uso de estos medicamentos en niños puede provocar efectos adversos, como trastornos del sueño, disminución del apetito, dolor de cabeza, irritabilidad y dolor abdominal⁽¹⁵⁾.

Además, las barreras económicas dentro del sistema de salud dificultan la adherencia al tratamiento farmacológico. En Brasil, por ejemplo, la ausencia de estos medicamentos en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME) impide su distribución gratuita, por lo que limita el acceso de los pacientes al tratamiento⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Ante este escenario, familiares y profesionales de la salud han buscado enfoques alternativos que complementen la atención brindada a los niños con TDAH⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. En este contexto, las terapias complementarias —definidas por el *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), de los Estados Unidos, como enfoques no convencionales utilizados junto con la medicina tradicional para potenciar el tratamiento, se plantean como estrategias auxiliares en el manejo de los síntomas del TDAH⁽²⁰⁻²¹⁾.

Estas terapias incluyen prácticas como la acupuntura, la meditación, la fitoterapia y el yoga, entre otras, y están previstas en la Política Nacional de Prácticas Integradoras y Complementarias (PNPIC),

implementada en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) en 2006. Con base en esta política, el uso de terapias complementarias en Brasil creció un 70% en 2024, en comparación con 2022, sobre todo en la atención primaria y en servicios especializados mediante derivación profesional⁽²²⁻²³⁾.

Aunque estos enfoques aún enfrentan desafíos relacionados con la aceptación, prescripción e implementación en los servicios de salud, los estudios han demostrado beneficios significativos, especialmente en el tratamiento de niños con TDAH. Los principales resultados incluyen la reducción de los movimientos excesivos⁽²⁴⁾, mejora de la atención selectiva y sostenida⁽²⁵⁾, aumento de la concentración, desarrollo de habilidades motoras⁽²⁶⁾ y mejora de la memoria⁽²⁷⁻²⁸⁾.

En cuanto a los profesionales de la salud, obstáculos como la falta de formación específica en estas prácticas, la ausencia de apoyo de los equipos, la inexistencia de protocolos clínicos estandarizados y la resistencia institucional a los abordajes no convencionales dificultan la aplicación efectiva de terapias complementarias en el manejo de niños con TDAH, incluso cuando los usuarios están interesados o existen evidencias favorables⁽²⁹⁻³¹⁾.

Por ello, es fundamental conocer qué terapias complementarias han sido promovidas por los equipos de salud como parte de la atención integral a los niños con TDAH. Ante el creciente interés por los enfoques no farmacológicos y la necesidad de ampliar el conocimiento profesional sobre estas prácticas, la integración de la atención multidimensional en los servicios de salud es cada vez más relevante. Sin embargo, la evidencia sobre el tema aún es limitada, lo que resalta la importancia de nuevos estudios. En ese marco, este trabajo tuvo como objetivo identificar, en la literatura científica, terapias complementarias promovidas por profesionales de la salud para niños con TDAH.

Método

Tipo de estudio

Esta es una revisión de alcance realizada con base en las directrices metodológicas propuestas por el *Joanna Briggs Institute* (JBI)⁽³²⁾ y por *Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁽³³⁾. El protocolo del estudio se registró en la plataforma *Open Science Framework* (OSF), disponible en osf.io/twdrh.

Ubicación

La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: *Medical Literature Analysis and Retrieval*

System Online (MEDLINE/PubMed), *Excerpta Medica Database* (EMBASE), *Scopus*, *Web of Science* (WoS) y *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). Además, se realizó una búsqueda secundaria en *Google Scholar* y una búsqueda manual inversa sobre las referencias de los estudios primarios incluidos, con el objetivo de ampliar el mapeo.

Periodo de estudio

La búsqueda se llevó a cabo entre mayo y junio de 2023. Se realizó una actualización de la búsqueda en abril de 2025 para garantizar que la revisión estuviese actualizada.

Población

Se utilizó el mnemónico PCC, que representa población (P), concepto (C) y contexto (C), para definir el título y estructurar la pregunta de revisión, tal como recomienda el JBI para las revisiones de alcance⁽³²⁾. En este estudio, la población estuvo constituida por niños de entre uno y nueve años, según la clasificación de edad de la Organización Mundial de la Salud⁽³⁴⁾; el concepto engloba terapias complementarias realizadas por profesionales de la salud; y el contexto se centró en el diagnóstico del TDAH. Desde esta perspectiva, la pregunta guía se formuló de la siguiente manera: ¿Qué terapias complementarias promueve el equipo de salud para controlar el TDAH en los niños?

Criterios de selección

Se incluyeron estudios que respondieron la pregunta guía; implicando a niños de entre uno y nueve años, aunque también incluyeran otros grupos de edad; publicados en portugués, inglés o español; sin restricciones en cuanto al año de publicación, diseño metodológico o tipo de material bibliográfico. También se consideraron estudios que abordaron el rango de edad establecido junto con otras edades.

Los criterios de exclusión fueron: resúmenes publicados en actas de eventos científicos; participantes con sospecha o diagnóstico de trastornos psiquiátricos comórbidos, como ansiedad, depresión, trastorno negativista desafiante, trastorno del espectro autista, entre otros; estudios orientados a la comparación entre la terapia complementaria y el tratamiento farmacológico; evaluación de la viabilidad del plan de contratación; y aquellos centrados exclusivamente en los mecanismos técnicos de la terapia. Estos criterios están numerados del 1 al 10 en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

Definición de muestra

Las estrategias de búsqueda incluyeron descriptores con truncamientos apropiados, adaptados a cada base de datos, relacionados con la población, terapias complementarias y diagnóstico de TDAH. Entre los descriptores utilizados destacan: "child", "children", "complementary therapies", "alternative medicine", "alternative therapies", "complementary medicine", "attention deficit disorder with hyperactivity", "ADHD", "attention deficit hyperactivity disorder", entre otros términos alternativos. La estrategia completa está disponible en el Apéndice Suplementario 1 (en <https://doi.org/10.48331/scielodata.8ZOILU>).

Recopilación de datos

Los resultados de la búsqueda se ingresaron en el *software* Rayyan y luego se eliminaron los duplicados. La selección de títulos y resúmenes fue realizada por dos revisores de forma independiente, seguida de la lectura de los textos completos. Las divergencias fueron resueltas por un tercer revisor. Al final de este proceso se incluyeron 108 estudios en la revisión. Con la actualización realizada en abril de 2025, se agregaron 25 estudios más, con lo que se obtuvo un total de 133 publicaciones incluidas en el análisis.

Variables de estudio

Las variables analizadas fueron: autor(es), año de publicación, país, idioma, objetivo(s), tipo de estudio, población, terapia complementaria, duración de la intervención y resultados principales.

Procesamiento y análisis de datos

Para describir las características cuantitativas de los estudios se utilizó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes). Los resultados primarios se agruparon y presentaron en tablas, gráficos y figuras, con posterior discusión a la luz de las referencias identificadas.

Aspectos éticos

Este estudio no requirió la aprobación de un Comité de Ética de Investigación.

Resultados

La búsqueda en la base de datos identificó 1.444 estudios, de los cuales 415 eran duplicados y 72 se

hallaban en idiomas no elegibles, por lo que el total se redujo a 957 artículos. De estos, 786 estudios fueron excluidos porque no cumplir los criterios de inclusión. Los 171 artículos restantes fueron leídos en su totalidad, lo que resultó en la exclusión de otros 85, dejando una muestra final de 86 estudios para la revisión.

Además, las búsquedas de la literatura gris mediante *Google Scholar* y el seguimiento de citas de los estudios incluidos identificaron 414 documentos, de los cuales 47 se incorporaron a la muestra final. Así, esta revisión incluyó un total de 133 estudios, como se ilustra en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

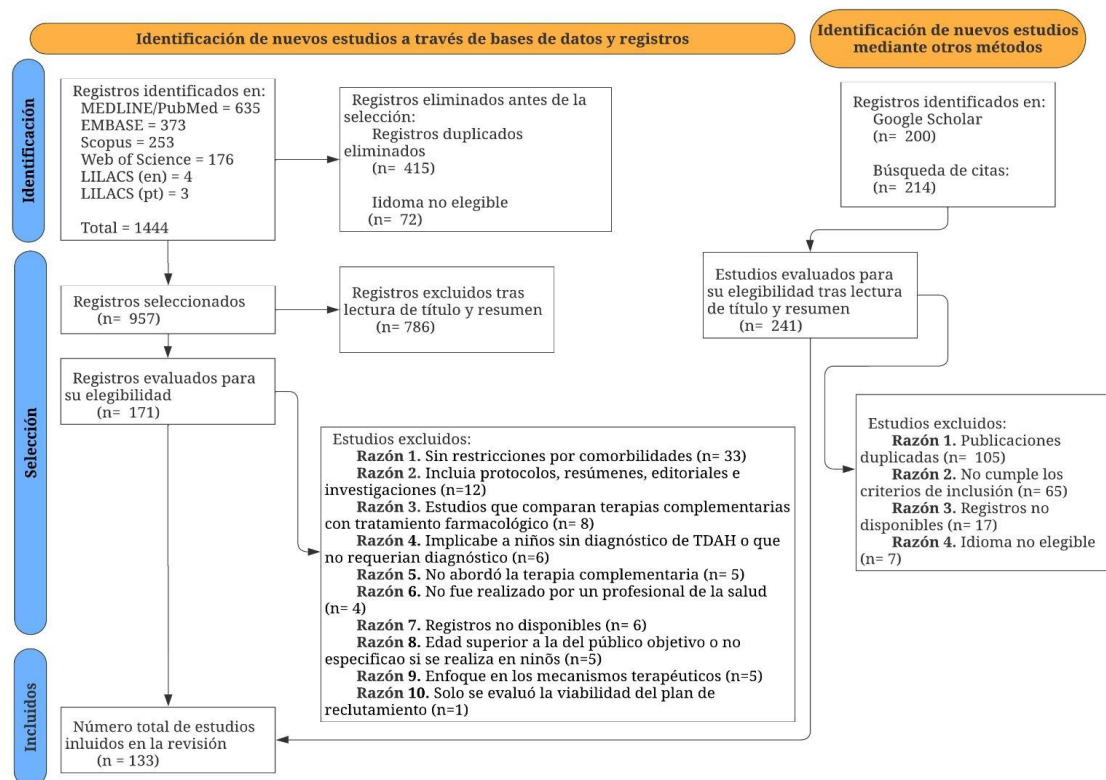


Figura 1 – Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

En cuanto a las características de los estudios, como se muestra en la Tabla 1, los años de publicación oscilaron entre 1979 y 2024, siendo el 72,2% de los estudios publicados entre 2010 y 2024. Se observó un mayor número de publicaciones en los años 2024 (n=16), 2014 (n=14) y 2022 (n=10). Los estudios se concentraron principalmente en Asia (37,6%), América del Norte (30,9%) y Europa (26,3%). La estrategia de búsqueda utilizada en esta revisión no identificó publicaciones de Centroamérica. La revisión incluyó un total de 8.798 niños diagnosticados con

TDAH, y el 51,1% de los estudios (n=68) tenían entre 10 y 100 participantes. El idioma predominante de las publicaciones fue el inglés (97,8%). En cuanto al diseño metodológico, 45 publicaciones fueron ensayos clínicos aleatorizados, 39 fueron revisiones (incluidos 11 metaanálisis), 11 fueron estudios experimentales y 6 fueron revisiones sistemáticas. Cabe señalar que los estudios clasificados como experimentales no detallaron el diseño metodológico utilizado. En el 46,6% de los artículos, el tiempo de intervención reportado osciló entre uno y seis meses.

Tabla 1 – Características de los estudios incluidos (n = 133). Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Características	Número (%)
Año	
< 2000	7 (5,2%)
2000-2009	30 (22,6%)
2010-2024	96 (72,2%)
Región	
Asia	50 (37,6%)
América del Norte	41 (30,9%)
Europa	35 (26,3%)
Oceanía	2 (1,5%)
América del Sur	2 (1,5%)
África	3 (2,2%)

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Características	Número (%)
Idioma	
Inglés	130 (97,8%)
Español	2 (1,5%)
Portugués	1 (0,7%)
Diseño del estudio	
Ensayo clínico aleatorizado	45 (33,8%)
Revisión	39 (29,3%)
Estudio experimental	11 (8,3%)
Estudio piloto	6 (4,5%)
Estudio cualitativo	4 (3%)
Estudio de casos y controles	3 (2,3%)
Otros	25 (18,8%)
Número de participantes	
< 10	8 (6%)
10-100	68 (51,1%)
100-500	18 (13,6%)
> 500	4 (3%)
No informado	35 (26,3%)
Duración de las terapias complementarias	
≤ 1 mes	17 (12,8%)
1 a 6 meses	62 (46,6%)
≥ 6 meses	12 (9%)
No especificado	42 (31,6%)

Se identificaron sesenta y cinco terapias complementarias, agrupadas en cuatro categorías: terapias mente-cuerpo (n=158), intervenciones complementarias (n=60), fitoterapia (n=24) y terapia dietética (n=24), como se ilustra en la Figura 2. Entre las terapias mente-cuerpo, la más reportada fue *el neurofeedback* (n=38), seguido de la actividad física (n=20) y el yoga (n=13). La intervención complementaria más mencionada fue la suplementación con ácidos grasos poliinsaturados (n=14), seguida de zinc (n=10) y hierro (n=9). Otros suplementos incluyeron aminoácidos, gliconutrientes, ácido gamma-aminobutírico,

glicina, L-teanina, L-tirosina, taurina, 5-hidroxitriptófano, S-adenosil -L-metionina (S-AMe), fosfatidilserina, fosfatidilcolina y probióticos. Entre las terapias herbales o fitoterapia, se destacaron *Ginkgo biloba* (n=6), *Hypericum perforatum* (n=5) y *Pycnogenol* (n=4). Respecto a las terapias dietéticas se destacaron la dieta oligoantigénica (n=5) y la dieta restringida en azúcar (n=4).

Una tabla con características adicionales y las referencias de los estudios incluidos está disponible en el Material Suplementario 2 (en <https://doi.org/10.48331/scielodata.WMW6W7>).

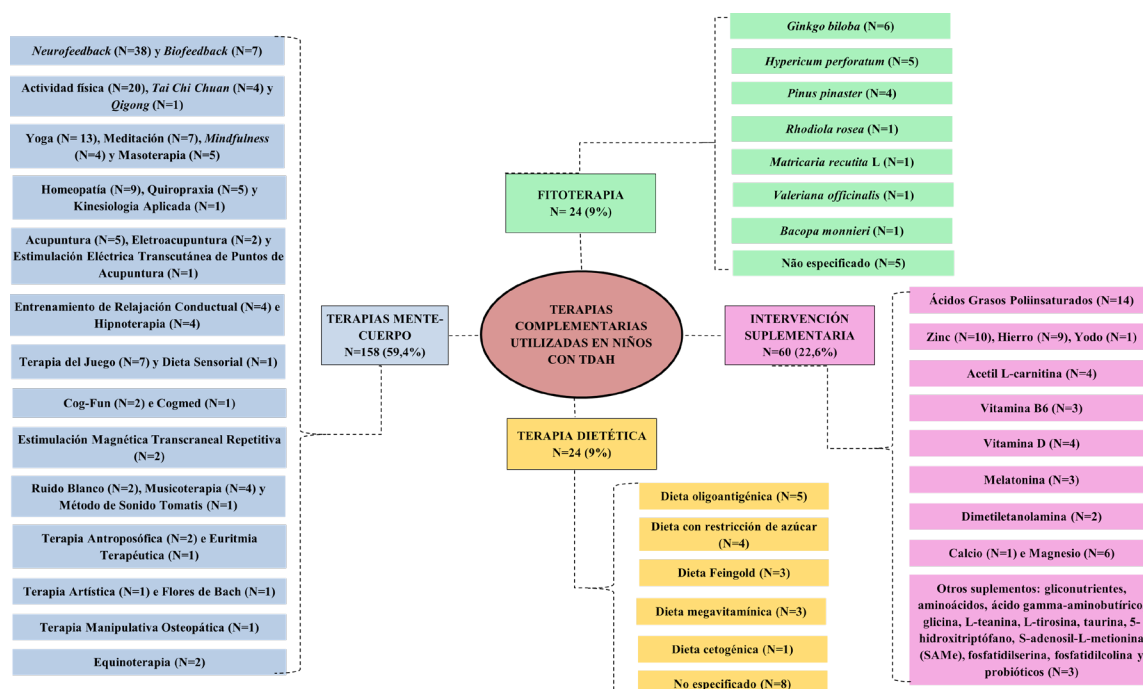


Figura 2 – Terapias complementarias identificadas en los estudios y número de artículos por tipo de terapia. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Discusión

Esta revisión de alcance identificó 65 modalidades de terapias complementarias empleadas por profesionales de la salud en el tratamiento de niños diagnosticados con TDAH, categorizadas en cuatro enfoques: terapias mente-cuerpo, intervenciones complementarias, medicina herbal o fitoterapia y terapia dietética.

Entre las terapias mente-cuerpo se destacaron *el biofeedback*, *el neurofeedback*, la actividad física y el yoga. El *biofeedback* es una técnica terapéutica que regula la respuesta del sistema nervioso autónomo, y promueve el equilibrio entre las funciones simpáticas y parasimpáticas. Esta terapia busca que el paciente alcance el autocontrol psicofisiológico⁽³⁵⁾.

El *neurofeedback* es una subcategoría del *biofeedback* que actúa sobre el sistema nervioso central, entrenando al paciente para autorregular sus ondas cerebrales a través de la estimulación y observación de la actividad cerebral⁽³⁶⁻³⁷⁾. Los hallazgos sugieren una aparente eficacia del *biofeedback* en niños con TDAH, lo que resulta en una mejor atención⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Sin embargo, un metaanálisis reciente no confirmó la eficacia del *neurofeedback* como tratamiento para el TDAH⁽⁴¹⁾. En una nueva revisión, se informó que los metanálisis concluyeron que el *neurofeedback* presenta una eficacia a corto plazo para los síntomas del TDAH⁽⁴²⁾.

La actividad física es una práctica que aporta múltiples beneficios a la salud física y mental⁽⁴³⁾. El ejercicio aeróbico ha sido evaluado como una intervención terapéutica capaz de aliviar los síntomas del TDAH y promover mejoras en la memoria y las funciones ejecutivas^(27,44). El ejercicio aeróbico, como bailar, nadar, caminar y correr, parece reducir la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad en niños con TDAH⁽²⁸⁾.

Un metaanálisis reciente reveló que la actividad física mejora la concentración y promueve el desarrollo de habilidades motoras⁽⁴⁵⁾. En particular, la actividad física tiene un efecto más expresivo en comparación con otras modalidades de tratamiento no farmacológico⁽²⁶⁾. Los hallazgos refuerzan la actividad física como una estrategia complementaria eficaz para controlar los síntomas del TDAH en poblaciones pediátricas.

Otra terapia ampliamente discutida en la literatura es el yoga, basada en una serie de ejercicios orientados al equilibrio físico y mental, la cual consiste en un conjunto de técnicas y conocimientos orientados al desarrollo personal, crecimiento psicológico y bienestar espiritual⁽⁴⁶⁾. Un estudio experimental con evaluación pre y post intervención sobre la práctica de yoga en niños con TDAH informó efectos positivos, incluida la reducción de movimientos como balancear las manos y/o los pies

y la mejora de las conductas interruptivas e intrusivas durante otras actividades⁽⁴⁷⁾.

Se observaron mejoras notables en la atención selectiva y sostenida, así como en las habilidades de discriminación, después de la práctica de yoga en niños con TDAH⁽²⁴⁾. Así, estudios recientes indican una actitud positiva hacia el uso del yoga como terapia complementaria para el TDAH.

Otras prácticas complementarias como *el biofeedback*, la meditación, la homeopatía, la quiropráctica, la acupuntura, la masoterapia, el *Tai Chi Chuan*, la hipnoterapia, la terapia de juego, el *mindfulness*, el entrenamiento de relajación conductual, el entrenamiento de la función cognitiva, la electroacupuntura, la estimulación magnética transcraneal repetitiva, el ruido blanco, la terapia antroposófica, la arteterapia, la kinesiología aplicada, Cogmed, el *Qigong*, la euritmia terapéutica, las flores de Bach, el método Tomatis de entrenamiento sonoro, la musicoterapia, la terapia manipulativa osteopática, la hipoterapia, la dieta sensorial y la estimulación eléctrica transcutánea de puntos de acupuntura presentaron evidencia no concluyente en la población pediátrica. Esto pone de relieve la necesidad de realizar más investigaciones para demostrar su eficacia.

Entre las intervenciones suplementarias identificadas, se destaca el uso de ácidos grasos poliinsaturados, compuestos por cadenas largas con múltiples enlaces dobles, siendo los principales representantes los omega-3 y omega-6. Las principales fuentes de estos suplementos incluyen salmón, aceite de onagra y aceites vegetales como el aceite de maíz^(25,48-49).

Un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo realizado en Canadá demostró que los ácidos grasos omega-3 mostraron una tendencia estadísticamente significativa en la reducción de los síntomas centrales del TDAH en niños diagnosticados con el trastorno⁽⁵⁰⁾. Del mismo modo, otro estudio observó mejoras graduales en el rendimiento académico de los niños⁽⁵¹⁾. Sin embargo, un ensayo clínico controlado con placebo en niños italianos diagnosticados con TDAH no encontró diferencias significativas en el aprendizaje o la reducción de la falta de atención entre los grupos que recibieron suplementos de omega-3 y omega-6 en comparación con placebo⁽⁵²⁾. En ese contexto, se advierte que no hay evidencia científica suficiente para respaldar el uso de omega-3 y omega-6 como terapia aislada para el TDAH.

Otros componentes descritos en la literatura incluyen zinc y hierro, minerales directamente asociados con el desarrollo físico y neurológico. Estos minerales cumplen varias funciones, siendo el zinc esencial para procesos celulares como la síntesis de proteínas y ADN, y el hierro fundamental para la producción de hormonas como la dopamina y la noradrenalina⁽⁵³⁾.

Se ha demostrado que la suplementación con zinc es eficaz para reducir la hiperactividad y la impulsividad en los niños⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾. No obstante, su eficacia parece estar relacionada con la dosis, lo que requiere más investigación científica⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾. Un ensayo clínico aleatorizado con 60 niños asiáticos mostró que la suplementación con zinc no produjo diferencias significativas entre los grupos antes y después de la intervención, lo que sugiere una falta de eficacia para este tipo de terapia complementaria⁽⁵⁹⁾.

Respecto a la suplementación con hierro, un ensayo clínico aleatorizado observó que los niños que recibieron esta intervención mostraron avances en el tratamiento del TDAH, especialmente en las subescalas de hiperactividad, impulsividad e inatención⁽⁶⁰⁾. Sin embargo, otra revisión indicó que no hay suficiente evidencia científica para recomendar la suplementación con hierro en niños con TDAH que no presentan deficiencia de este mineral⁽⁶¹⁾. A pesar de la diversidad de literatura sobre suplementación, aún falta evidencia sobre la efectividad de estos minerales como terapias con impacto positivo en el tratamiento del TDAH.

Las intervenciones complementarias han mostrado resultados mixtos con el uso de magnesio, acetil L-carnitina, vitamina B6, melatonina, vitamina D, dimetilaminoetanol, calcio y magnesio, yodo, gliconutrientes, ácido gamma-aminobutírico, glicina, L-teanina, L-tirosina, taurina, 5-hidroxitriptófano, S-adenosil-L-metionina (SAME), fosfatidilserina y fosfatidilcolina. Aunque algunos estudios han reportado beneficios en la reducción de los síntomas del TDAH, la evidencia aún es insuficiente para su uso rutinario en la práctica clínica y se necesitan más estudios controlados. Es de destacar que no se encontró respaldo científico que justifique el uso de gliconutrientes en el tratamiento del TDAH.

El *Ginkgo biloba* es un medicamento a base de hierbas con propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, similar a la clase farmacológica de los nootrópicos, sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central para mejorar las funciones cognitivas⁽⁶²⁾. Se utiliza en el tratamiento de diversas disfunciones cognitivas, como demencia, insuficiencia cerebrovascular, pérdida de memoria reciente, dolor de cabeza, mareos y tinnitus⁽⁶³⁾.

El *Ginkgo biloba* mejora la respuesta al tratamiento clínico, aunque sus efectos se limitaron a los síntomas de falta de atención en un estudio de seis semanas⁽⁶⁴⁾. Sin embargo, a pesar de los efectos prometedores sobre los síntomas del TDAH, los resultados no fueron concluyentes en otro estudio⁽⁶⁵⁾.

En el área de la fitoterapia se identificaron plantas como *Hypericum perforatum*, *Pinus pinaster*, *Rhodiola rosea*, *Matricaria recutita* L., *Valeriana officinalis* y *Bacopa monnieri*. Actualmente, no hay suficiente evidencia científica para recomendar estas plantas como terapias

complementarias efectivas para el TDAH, y se necesita más investigación.

La dieta oligoantigénica se funda en el consumo de alimentos sin aditivos químicos, como colorantes y conservantes, que pueden desencadenar los síntomas del TDAH al actuar como potenciales antígenos o alérgenos alimentarios. Los alimentos frecuentemente asociados con reacciones alérgicas incluyen la leche de vaca, el queso, los huevos, el chocolate y las nueces⁽⁶⁶⁾.

La evidencia sobre la restricción de colorantes alimentarios artificiales ha avanzado hasta el punto en que se considera una práctica basada en la evidencia⁽⁶⁷⁾. Los resultados sugieren que esta dieta, aplicada durante 4 semanas, generó mejoras duraderas en los síntomas del TDAH, siendo considerada una terapia complementaria válida al ser reevaluada aproximadamente 3 años después de la intervención⁽⁶⁸⁾. Esta terapia puede servir como recurso auxiliar para mejorar los síntomas en niños con TDAH.

Se mencionaron otras cuatro prácticas dietéticas: la dieta restringida en azúcar, la dieta Feingold, la dieta megavitamínica y la dieta cetogénica. Los estudios han arrojado resultados contradictorios y no concluyentes para las dietas Feingold y cetogénica. Cabe destacar que los estudios no han recomendado la terapia con megavitaminas debido a los posibles efectos adversos asociados con este enfoque dietético.

El TDAH plantea desafíos importantes relacionados con cambios motores, perceptivos, cognitivos y conductuales. Por lo tanto, se deben adoptar enfoques específicos según la edad para garantizar un manejo y cuidado adecuados⁽⁶⁹⁾.

En la primera infancia, especialmente alrededor de los 12 meses de edad, se hacen evidentes cambios en la actividad motora, la expresividad emocional y el desarrollo del lenguaje⁽⁷⁰⁾. Entre los 3 y los 7 años, aparecen los primeros signos indicativos de TDAH, aunque el diagnóstico formal se produce más tarde. En esta etapa es común que se manifiesten conductas hiperactivas. Las estrategias recomendadas para esta etapa incluyen establecer rutinas consistentes y adoptar métodos de enseñanza más estructurados⁽¹¹⁾.

El TDAH generalmente se diagnostica alrededor de los 7 años, debido a dificultades académicas o de comportamiento. Estudios comparativos han demostrado que los niños con TDAH tienen un peor desempeño que sus pares en los dominios social, emocional y académico⁽¹¹⁾.

Durante el desarrollo de este estudio se identificaron varias limitaciones, como restricciones lingüísticas en la selección de fuentes, ausencia de datos relevantes en algunos estudios y artículos ilegibles. Tales limitaciones impidieron un análisis más profundo de la evidencia.

El papel de enfermería en las unidades de atención primaria de salud puede influir positivamente en la efectividad de las terapias complementarias a través de la educación para la salud dirigida a padres e hijos con TDAH. Este proceso educativo, combinado con consultas que fomentan la participación activa de la familia en la definición de expectativas, contribuye a una mayor adherencia al tratamiento y al fortalecimiento del vínculo terapéutico con el paciente⁽⁷¹⁾.

Además, este papel se extiende al ámbito escolar, donde los profesionales de enfermería realizan el acompañamiento del niño, considerando aspectos comportamentales, psicosociales y pedagógicos⁽⁷²⁻⁷³⁾.

Se espera que los enfermeros, junto con otros profesionales de la salud, puedan incorporar estas prácticas en sus consultas como un recurso complementario al tratamiento farmacológico. Estos enfoques se pueden adaptar a las necesidades individuales de cada paciente, con el objetivo de brindar una atención integral y mejorar la calidad de vida a lo largo del tratamiento.

Conclusión

El uso de terapias complementarias muestra un potencial prometedor para mejorar los síntomas del TDAH infantil, con especial énfasis en las terapias mente-cuerpo, como *neurofeedback*; en el campo de la suplementación, el uso de ácidos grasos poliinsaturados, zinc y hierro; en fitoterapia, el uso de *Ginkgo biloba*; y, entre las terapias dietéticas, la dieta oligoantigénica.

Estas intervenciones pueden contribuir a mejorar la atención, la regulación del comportamiento, las habilidades motoras y el rendimiento académico en niños diagnosticados con TDAH, abordando aspectos relacionados con la hiperactividad, la impulsividad y la inatención.

Sin embargo, debido al número limitado de estudios y la falta de investigaciones recientes sobre ciertas terapias, la evidencia sobre la efectividad de algunas de estas prácticas aún no es concluyente.

El desarrollo de estudios experimentales, especialmente centrados en las terapias menos utilizadas, puede proporcionar una base teórica para el uso seguro y la recomendación de estas prácticas en el ejercicio profesional. Además, estos estudios pueden contribuir a obtener mejores resultados en el tratamiento del TDAH infantil.

Referencias

1. Pires SMAM, Pontes FAR, Pereira BLS, Amoras JDF, Silva SSC. Impacts of ADHD on Adolescence: Systematic Literature Review. *Rev Bras Educ Espec*. 2024;30:e0174. <https://doi.org/10.1590/1980-54702024v30e0174>

2. Sulkes SB. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) [Internet]. [s.l.]; [s.e.]: 2024 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/pediatrica/dist%C3%BArbios-de-aprendizagem-e-desenvolvimento/transtorno-de-deficit-de-at%C3%A7%C3%A3o-hiperatividade-tDAH>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Conjunta nº 14, de 29 de julho de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portariaconjunta14pcdt-transtornodeficitdeatencaocomhiperatividadetdah.pdf>
4. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord*. 2023;339:860-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.071>
5. Santos ML, Cruz PHC, Barbosa CR, Lima DP, Otutumi LK, Alves G. Music therapy in children with attention deficit disorder and hyperactivity. *Arq Cien Saude Unipar* [Internet]. 2022 [cited 2023 mar 29];26(3):782-93. Available from: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/8217>
6. Ashraf I, Jung S, Hur S, Park Y. A systematic literature review of neuroimaging coupled with machine learning approaches for diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *J Big Data*. 2024;11(1):140. <https://doi.org/10.1186/s40537-024-00998-3>
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
8. De Rossi P, Pretelli I, Menghini D, D'Aiello B, Di Vara S, Vicari S. Gender-Related Clinical Characteristics in Children and Adolescents with ADHD. *J Clin Med*. 2022;11(2):385. <https://doi.org/10.3390/jcm11020385>
9. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49:48. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
10. Jorge MAC. ADHD: disorder or symptom?. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2020;23(1):157-60. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n1p157.10>
11. Dona SWA, Badloe N, Sciberras E, Gold L, Coghill D, Le HND. The impact of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on children's health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *J Atten Disord*. 2023;27(6):598-611. <https://doi.org/10.1177/10870547231155438>
12. De Rossi P, D'Aiello B, Pretelli I, Menghini D, Di Vara DS, Vicari S. Age-related clinical characteristics

- of children and adolescents with ADHD. *Front Psychiatry*. 2023;14:1069934. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1069934>
13. Galvez-Contreras AY, Vargas-de la Cruz I, Beltran-Navarro B, Gonzalez-Castaneda RE, Gonzalez-Perez O. Therapeutic Approaches for ADHD by Developmental Stage and Clinical Presentation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12880. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912880>
 14. Bernardes EG, Siqueira EC. A general approach to Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a literature review. *Rev Electronica Acervo Saude*. 2022;15(8):e10864. <https://doi.org/10.25248/reas.e10864.2022>
 15. Mechler K, Banaschewski T, Hohmann S, Häge A. Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacol Ther*. 2022;230:107940. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2021.107940>
 16. Soutullo CA, Are F, Schield-Grant S. Factors associated with adherence to pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): preliminary review. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 16];83(2):27-31. Available from: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802023000300027&script=sci_abstract&tlng=en
 17. Ministério da Saúde (BR). Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/renome>
 18. Bader A, Adesman A. Complementary and alternative therapies for children and adolescents with ADHD. *Curr Opin Pediatr*. 2012;24(6):760-9. <https://doi.org/10.1097/mop.0b013e32835a1a5f>
 19. Shanjuvigasini FNU, Pitchai S, Staten BH. Complementary and Alternative Medicines (CAM) for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children: A Review. *Int J Health Sci*. 2022;6(S4):8958-8967. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS4.10685>
 20. Ng JY, Dhawan T, Dogadova E, Taghi-Zada Z, Vacca A, Wieland LS, et al. Operational definition of complementary, alternative, and integrative medicine derived from a systematic search. *BMC Complement Med Ther*. 2022;22:104. <https://doi.org/10.1186/s12906-022-03556-7>
 21. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? [Internet]. Bethesda, MD: NCCIH; 2021 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
 22. Ministério da Saúde (BR). National Policy of Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System – SUS: a strategy to expand access [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2025 Apr 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
 23. Ministério da Saúde (BR). Práticas integrativas e complementares em saúde crescem 70% e ampliam o acesso ao cuidado integral no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/praticas-integrativas-e-complementares-em-saude-crescem-70-e-ampliam-o-acesso-ao-cuidado-integral-no-sus>
 24. Abadi MS, Madgaonkar J. Effect of yoga on children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Studies* [Internet]. 2008 [cited 2023 Oct 29];53(2):154-9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/258517947_Effect_of_yoga_on_children_with_attention_deficithyperactivity_disorder
 25. Chou CC, Huang CJ. Effects of an 8-week yoga program on sustained attention and discrimination function in children with attention deficit hyperactivity disorder. *PeerJ*. 2017;5:e2883. <https://doi.org/10.7717/peerj.2883>
 26. Sun W, Yu M, Zhou X. Effects of physical exercise on attention deficit and other major symptoms in children with ADHD: a meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022;311:114509. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114509>
 27. Chan YS, Jang JT, Ho CS. Effects of physical exercise on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Biomed J*. 2022;45(2):265-70. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2021.11.011>
 28. Hoza B, Smith AL, Shoulberg EK, Linnea KS, Dorsch TE, Blazo JA, et al. A Randomized Trial Examining the Effects of Aerobic Physical Activity on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Young Children. *J Abnorm Child Psychol*. 2015;43(4):655-67. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9929-y>
 29. Ignatti C, Nakamura E. Monitoring the implementation of a Municipal Policy on Complementary and Integrative Practices: the main challenges. *Physis*. 2021;31(1):e310107. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310107>
 30. Nagai SC, Queiroz MS. Alternative and complementary medicine in the basic health system network in Brazil: a qualitative approach. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1793-800. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300015>
 31. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RR. Implementation, access and use of integrative and complementary practices in the unified health system: a literature review. *Cien Saude Colet*.

- 2019;24(11):4239-50. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>
32. Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI; 2020.
33. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
34. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>
35. Kouzak V, Paz AC Neto, Donner I. Biofeedback in Clinical Psychology: Modalities and Perspectives. In: Liao EDY, editor. *Smart Biofeedback - Perspectives and Applications*. London: IntechOpen; 2020. <https://doi.org/10.5772/intechopen.92490>
36. Carrijo BV, Ferreira AF, Parreira AM, Tolini GM, Bravo KFOR, Barbosa LC, et al. Neurofeedback as a therapeutic option in the management of fibromyalgia. *Braz J Health Rev*. 2022;5(3):9602-10. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-135>
37. Monteiro GT, Adamatti DF. Development of a Serious Game controlled by Neurofeedback to support the treatment of people with ADHD. In: XX Brazilian Symposium on Games and Digital Entertainment (SBGames); 2021 Nov 8-10. Porto Alegre: Brazilian Computing Society; 2021 [cited 2025 Feb 12]. p. 867-76. Available from: https://doi.org/10.5753/sbgames_estendido.2021.19725
38. Eisenberg J, Ben-Daniel N, Mei-Tal G, Wertman E. An autonomic nervous system biofeedback modality for the treatment of attention deficit hyperactivity. *Isr J Psychiatry Relat Sci* [Internet]. 2004 [cited 2023 Sept 17];41(1):45-53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15160655/>
39. Monastra VJ, Monastra DM, George S. The Effects of Stimulant Therapy, EEG Biofeedback, and Parenting Style on the Primary Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Appl Psychophysiology Biofeedback*. 2002;27(4):231-49. <https://doi.org/10.1023/a:1021018700609>
40. Zhonggui X, Shuhua S, Haiqing X. A controlled study of the effectiveness of EEG biofeedback training on children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Huazhong Univ Sci Technol Med Sci*. 2005;25(3):368-70. <https://doi.org/10.1007/bf02828171>
41. Rahmani E, Mahvelati A, Alizadeh A, Mokhayeri Y, Rahmani M, Zarabi H, et al. Is neurofeedback effective in children with ADHD? A systematic review and meta-analysis. *Neurocase*. 2022;28(1):84-95. <https://doi.org/10.1080/13554794.2022.2027456>
42. Sibley MH, Bruton AM, Zhao X, Johnstone JM, Mitchell J, Hatsu I, et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Lancet Child Adolesc Health*. 2023;7(6):415-28. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(22\)00381-9](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(22)00381-9)
43. An HY, Chen W, Wang CW, Yang HF, Huang WT, Fan SY. The Relationships between Physical Activity and Life Satisfaction and Happiness among Young, Middle-Aged, and Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4817. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134817>
44. Cerrillo-Urbina AJ, García-Hermoso A, Sánchez-López M, Pardo-Guijarro MJ, Santos Gómez JL, Martínez-Vizcaíno V. The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child*. 2015;41(6):779-88. <https://doi.org/10.1111/cch.12255>
45. Lambez B, Harwood-Gross A, Golumbic EZ, Rassovsky Y. Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2020;120:40-55. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.007>
46. Pereira LF, Tesser CD. Future suffering can be avoided: yoga as a strategy in the primary prevention of cardiovascular diseases. *Physis*. 2023;33:33049. <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333049>
47. Bremner JD, Moazzami K, Wittbrodt MT, Nye JA, Lima BB, Gillespie CF, et al. Diet, Stress and Mental Health. *Nutrients*. 2020;12(8):2428. <https://doi.org/10.3390/nu12082428>
48. Rebello CJ. Polyunsaturated Fatty Acid Intake and Brain Health: balance is the key. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2022;30(7):774-6. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.01.009>
49. Yamashima T, Ota T, Mizukoshi E, Nakamura H, Yamamoto Y, Kikuchi M, et al. Intake of ω -6 Polyunsaturated Fatty Acid-Rich Vegetable Oils and Risk of Lifestyle Diseases. *Adv Nutr*. 2020;11(6):1489-509. <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa072>
50. Bélanger SA, Vanasse M, Spahis S, Sylvestre MP, Lippe S, L'Heureux F, et al. Omega-3 fatty acid treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Paediatr Child Health*. 2009;14(2):89-98. <https://doi.org/10.1093/pch/14.2.89>
51. Millichap JG, Yee MM. The Diet Factor in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*.

- 2012;129(2):330-7. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2199>
52. Carucci S, Romaniello R, Demuru G, Curatolo P, Grelloni C, Masi G, et al. Omega-3/6 supplementation for mild to moderate inattentive ADHD: a randomised, double-blind, placebo-controlled efficacy study in Italian children. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;272(8):1453-67. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01428-2>
53. Granero R, Pardo-Garrido A, Carpio-Toro IL, Ramírez-Coronel AA, Martínez-Suárez PD, Reivan-Ortiz GG. The Role of Iron and Zinc in the Treatment of ADHD among Children and Adolescents: a systematic review of randomized clinical trials. *Nutrients*. 2021;13(11):4059. <https://doi.org/10.3390/nu13114059>
54. Bilici M, Yildirim F, Kandil S, Bekaroğlu M, Yildirmiş S, Deger O, et al. Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004;28(1):181-90. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2003.09.034>
55. Salehi B, Dorreh F, Mohammadbeigi A, Sheykholeslam H, Moshiri E. Omega-3 and Zinc supplementation as complementary therapies in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Res Pharm Pract*. 2016;5(1):22-6. <https://doi.org/10.4103/2279-042x.176561>
56. Searight HR, Robertson K, Smith T, Perkins S, Searight BK. Complementary and Alternative Therapies for Pediatric Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a descriptive review. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:1-8. <https://doi.org/10.5402/2012/804127>
57. Akhondzadeh S, Mohammadi MR, Khademi M. Zinc sulfate as an adjunct to methylphenidate for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: a double blind and randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2004;4(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-4-9>
58. Zamora J, Velásquez A, Troncoso L, Barra, P, Guajardo K, Castillo-Duran C. Zinc in the therapy of the attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a preliminar randomized controlled trial. *ALAN [Internet]*. 2011 [cited 2023 Nov 14];61(3):242-6. Available from: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000300002&lng=es
59. Noorazar SG, Malek A, Aghaei SM, Yasamineh N, Kalejahi P. The efficacy of zinc augmentation in children with attention deficit hyperactivity disorder under treatment with methylphenidate: a randomized controlled trial. *Asian J Psychiatry*. 2020;48:101868. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101868>
60. Konofal E, Lecendreux M, Deron J, Marchand M, Cortese S, Zaim M, et al. Effects of Iron Supplementation on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children. *Pediatr Neurol*. 2008;38(1):20-6. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2007.08.014>
61. Robberecht H, Verlaet AAJ, Breynaert A, De Bruyne T, Hermans N. Magnesium, Iron, Zinc, Copper and Selenium Status in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Molecules*. 2020;25(19):4440. <https://doi.org/10.3390/molecules25194440>
62. Valente C. Ginkgo biloba: plant applications for memory disorders. *Acta Elit Salutis*. 2021;5(1). <https://doi.org/10.48075/aes.v5i1.28555>
63. Radunz CL, Okuyama CE, Branco-Barreiro FCA, Pereira RMS, Diniz SN. Clinical randomized trial study of hearing aids effectiveness in association with Ginkgo biloba extract (EGb 761) on tinnitus improvement. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2020;86(6):734-42. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2019.05.003>
64. Shakibaei F, Radmanesh M, Salari E, Mahaki B. Ginkgo biloba in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. A randomized, placebo-controlled, trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2015;21(2):61-7. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.04.001>
65. Golsorkhi H, Qorbani M, Sabbaghzadegan S, Dadmehr M. Herbal medicines in the treatment of children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): an updated systematic review of clinical trials. *Avicenna J Phytomed*. 2023;13(4):338-53. <https://doi.org/10.22038/ajp.2022.21115>
66. Ferrin M, Sonuga-Barke E, Daley D, Danckaerts M, van der Oord SV, Buitelaar JK. Non-pharmacologic treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health [Internet]*. Geneva: IACAPAP; 2016 [cited 2023 Dec 17]. Available from: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/59eb6381de4a279b84838d2fc367fe701b0c50ea/D.1.1-ADHD-NON-PHARMA-2016.pdf
67. Russell D, Arnold LE. Complementary and Integrative Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2023;32(2):173-92. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2022.08.005>
68. Magalhães JM, Silva CO, Sousa JVB, Bonfim RMG, Carvalho CMS, Oliveira AC, et al. Nursing care provided to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Arq Cienc Saude Unipar*. 2024;28(3):697-712. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i3.2024-10950>
69. Miller M, Iosif AM, Bell LJ, Farquhar-Leicester A, Hatch B, Hill A, et al. Can familial risk for ADHD be detected in the first two years of life? *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2021;50(5):619-31. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1709196>

70. Costa CR, Moreira JCC, Seabra MO Júnior. Teaching Strategies and Pedagogical Resources for Teaching Students with ADHD in Physical Education Classes. *Rev Bras Educ Espec.* 2015;21(1):111-26. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382115000100008>
71. Machado BKRMRD, Dias GMC, Félix VC, Fiedler E, Carvalho SMA, Lima LS, et al. Nurse's activity towards people with Attention Deficit and Hiperactivity Disorder (ADHD): a bibliographical review. *Contrib Soc Sci.* 2024;17(8):e10056. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-551>
72. Pereira JSR. Atuação do enfermeiro na promoção da saúde de crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): Uma revisão de escopo [Undergraduate Thesis]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2022 [cited 2025 Apr 16]; Available from: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/72081>
73. Heuer B, Williams S. Collaboration Between PNPs and School Nurses: Meeting the Complex Medical and Academic Needs of the Child With ADHD. *J Pediatr Health Care.* 2016;30(1):88-93. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.001>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Lara Freire Szychta, Sara Emilly Lima Sombra, Glaubervania Alves Lima, Maria Williany Silva Ventura, Brena Shellem Bessa de Oliveira, Francisca Elisângela Teixeira Lima. **Obtención de datos:** Lara Freire Szychta, Sara Emilly Lima Sombra. **Análisis e interpretación de los datos:** Lara Freire Szychta, Sara Emilly Lima Sombra, Glaubervania Alves Lima, Maria Williany Silva Ventura, Brena Shellem Bessa de Oliveira, Francisca Elisângela Teixeira Lima. **Análisis estadístico:** Lara Freire Szychta, Sara Emilly Lima Sombra. **Redacción del manuscrito:** Lara Freire Szychta, Sara Emilly Lima Sombra, Glaubervania Alves Lima, Maria Williany Silva Ventura, Brena Shellem Bessa de Oliveira, Francisca Elisângela Teixeira Lima. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Glaubervania Alves Lima, Maria Williany Silva Ventura, Brena Shellem Bessa de Oliveira, Francisca Elisângela Teixeira Lima.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Declaración de Disponibilidad de Datos


El conjunto de datos de este artículo está disponible en la página de la RLAE en el repositorio SciELO Data, en los enlaces <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.8ZOILU> y <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.WMW6W7>.

Recibido: 12.02.2025
Aceptado: 27.05.2025

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Lara Freire Szychta
E-mail: laraszy@alu.ufc.br
 <https://orcid.org/0009-0005-9021-6634>