

Artículo Original / Original Article

Equivalencia y concordancia entre el autorreporte infantil y el proxy parental de síntomas vocales: análisis Niño–Padre del QSV-ES-PY en contextos escolar y clínico

Equivalence and Agreement Between Child Self-Report and Parent Proxy Report of Vocal Symptoms: A Child–Parent Analysis of the QSV-ES-PY in School and Clinical Settings

***Tania Talavera-Rojas**¹⁻² 

¹Universidad del Museo Social Argentino (UMSA), Buenos Aires, Argentina

²Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción" (UC), Asunción, Paraguay


RESUMEN

Introducción: La disfonía infantil constituye un motivo frecuente de consulta fonoaudiológica y puede afectar la comunicación, el rendimiento escolar y la participación social. Para una evaluación integral, se reconoce la importancia de incorporar la perspectiva del propio niño mediante Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), complementada con el informe parental (proxy) para captar aspectos observables del funcionamiento vocal. **Objetivo:** Analizar la equivalencia entre el autorreporte infantil y el proxy parental en los síntomas vocales medidos por el "Questionnaire des symptômes vocaux" adaptado al español paraguayo (QSV-ES-PY), examinando el grado de concordancia y las discrepancias sistemáticas entre informantes en una muestra mixta proveniente de contextos escolar y clínico. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico con 120 díadas Niño–Padre (240 informantes), conformadas por niños de 6 a 12 años reclutados en contextos escolar y clínico. Las versiones infantiles (QSV-N) y parental (QSV-P) del QSV-ES-PY se administraron de forma independiente. El análisis estadístico incluyó estadísticos descriptivos de los puntajes totales y por dominios, comparación pareada Niño–Padre del puntaje total mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon y cálculo del tamaño de efecto (r), estimación del coeficiente de correlación intraclase (CCI; modelo de dos vías mixto, consistencia, medidas individuales) para el puntaje total y los dominios físico, funcional y emocional, correlación de Spearman entre los puntajes totales Niño–Padre, y correlaciones de Spearman entre los puntajes parentales y la severidad vocal infantil (disfonía/eufonía). El estudio contó con aprobación ética en Paraguay y Argentina, y se obtuvo consentimiento informado y asentimiento. **Resultados:** Los niños reportaron significativamente más síntomas vocales que sus padres en el puntaje total del QSV-ES-PY ($Z = -7,26$; $p < 0,001$), con un tamaño de efecto grande ($r = 0,66$), evidenciando una discrepancia clínicamente relevante. La concordancia global Niño–Padre fue baja (CCI = $0,27$; IC 95 % = $0,10-0,43$) y las correlaciones de Spearman mostraron una asociación positiva débil entre ambos puntajes ($p \approx 0,22$; $p = 0,018$). A nivel de dominios, los CCI fueron también bajos (físico: $0,06$; funcional: $0,10$; emocional: $0,13$), con el dominio emocional mostrando la concordancia relativamente más alta dentro de este patrón. Los niños obtuvieron medias más elevadas que sus padres en los tres dominios. Las correlaciones entre los puntajes parentales y la severidad vocal infantil fueron positivas, pero de magnitud débil ($p \approx 0,19-0,24$), apoyando la validez convergente de la versión parental. **Conclusiones:** Las versiones Niño y Padre del QSV-ES-PY podrían no ser equivalentes ni intercambiables, el grado de concordancia es bajo y los niños reportan sistemáticamente más síntomas vocales que sus padres. El autorreporte infantil parece más sensible a síntomas internos y manifestaciones tempranas, mientras que el proxy parental refleja principalmente signos audibles y conductas observables. Se recomienda utilizar ambas versiones de forma complementaria en la evaluación vocal pediátrica en contextos escolares y clínicos, integrando la perspectiva del niño con la del adulto responsable.

Palabras clave: disfonía pediátrica, PROMs, informante proxy, síntomas vocales, QSV-ES-PY.

***Autor correspondiente:** Tania Talavera-Rojas. Email: tania.talavera@uc.edu.py

Fecha de recepción: 10 de noviembre 2025. **Fecha de aceptación:** 20 de noviembre 2025

Editora responsable: Graciela Velázquez . Universidad Católica de Asunción. Asunción, Paraguay



ABSTRACT

Introduction: Pediatric dysphonia is a common reason for speech-language pathology consultations and may impact communication, academic performance, and social participation. For a comprehensive assessment, the inclusion of the child's own perspective through Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) is recognized as essential, complemented by parent proxy reports to capture observable aspects of vocal functioning.

Objective: To analyze the equivalence between child self-report and parent proxy report of vocal symptoms measured by the Paraguayan Spanish adaptation of the "Questionnaire des symptômes vocaux" (QSV-ES-PY), examining the degree of agreement and systematic discrepancies between informants in a mixed sample from school and clinical settings.

Materials and Methods: An analytical cross-sectional study was conducted with 120 child–parent dyads (240 informants), comprising children aged 6 to 12 years recruited from school and clinical contexts. The child (QSV-N) and parent (QSV-P) versions of the QSV-ES-PY were administered independently. Statistical analyses included descriptive statistics for total and domain scores; paired child–parent comparison of the total score using the Wilcoxon signed-rank test and effect size (r); estimation of the intraclass correlation coefficient (ICC; two-way mixed model, consistency, single measures) for the total score and the physical, functional, and emotional domains; Spearman correlation between child and parent total scores; and Spearman correlations between parental scores and child vocal severity (dysphonia/euphonia). The study received ethical approval in Paraguay and Argentina, and informed consent and child assent were obtained. **Results:** Children reported significantly more vocal symptoms than their parents on the QSV-ES-PY total score ($Z = -7.26$; $p < .001$), with a large effect size ($r = .66$), indicating a clinically relevant discrepancy. Overall child–parent agreement was low (ICC = .27; 95% CI = .10–.43), and Spearman correlations showed a weak positive association between scores ($p \approx .22$; $p = .018$). At the domain level, ICCs were also low (physical: .06; functional: .10; emotional: .13), with the emotional domain showing the relatively highest agreement within this pattern. Children obtained higher mean scores than parents across all three domains. Correlations between parental scores and child vocal severity were positive but weak in magnitude ($p \approx .19$ –.24), supporting the convergent validity of the parent version. **Conclusions:** The child and parent versions of the QSV-ES-PY may not be equivalent or interchangeable; agreement is low, and children systematically report more vocal symptoms than their parents. Child self-report appears more sensitive to internal symptoms and early manifestations, whereas parent proxy reports primarily reflect audible signs and observable behaviors. The complementary use of both versions is recommended in pediatric voice assessment in school and clinical contexts, integrating the child's perspective with that of the responsible adult.

Keywords: pediatric dysphonia, PROMs, proxy informant, vocal symptoms, QSV-ES-PY.

INTRODUCCIÓN

La voz es un recurso central para la comunicación en la infancia, y los trastornos vocales en niños son relativamente frecuentes, asociándose con ausentismo escolar, dificultades de participación y repercusiones psicosociales^(1–4). La evaluación tradicional de la voz infantil se ha basado en medidas perceptuales y acústicas, fundamentales para describir la producción vocal, pero insuficientes para capturar cómo el niño vive sus síntomas y el impacto de la voz en su vida diaria.

En este contexto, los *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) han cobrado relevancia al integrar la perspectiva del paciente en la evaluación de la salud, aunque su uso en población pediátrica plantea desafíos ligados al desarrollo y a la capacidad de autorreporte^(5–7). A pesar de ello, se reconoce que los niños pueden proporcionar autorreportes válidos cuando los instrumentos se adaptan a su nivel evolutivo, mientras que el informe de padres o cuidadores (proxy) continúa siendo una fuente complementaria, especialmente en dominios complejos. La evidencia muestra, sin embargo, que la concordancia entre niño y

proxy suele ser limitada, con mayor acuerdo en aspectos observables y menor en síntomas y experiencias internas^(8–11).

En el ámbito de la voz pediátrica se han desarrollado diversos instrumentos específicos, entre ellos el *Pediatric Voice Handicap Index*, el *Pediatric Voice-Related Quality-of-Life survey* y el *Pediatric Voice Symptom Questionnaire*^(12–14). El *Questionnaire des Symptômes Vocaux* (QSV) se distingue por su diseño con doble versión paralela Niño–Padre, lo que permite contrastar la vivencia infantil y la percepción adulta de los síntomas vocales^(14,15).

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal analítico, en el marco de un proyecto de adaptación y validación del QSV-ES-PY. El diseño contempló la administración simultánea, pero independiente, de las versiones Niño (QSV-N) y Padres/Proxy (QSV-P) a díadas Niño–Padre, con el objetivo de comparar sus puntuaciones y explorar el grado de equivalencia entre ambas.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 120 díadas Niño–Padre (240 informantes), con niños de entre 6 y 12 años de edad. Los participantes fueron reclutados en dos contextos: escolar y clínico. Esta estrategia permitió contar con una muestra heterogénea en términos de severidad vocal, integrando tanto niños de la comunidad escolar como pacientes derivados por alteraciones de la voz.

Instrumento

El *Questionnaire des Symptômes Vocaux* (QSV) es un instrumento de autorreporte y reporte parental diseñado para identificar y cuantificar síntomas vocales en población infantil y adolescente. Fue desarrollado originalmente por Verduyck et al.^(14,15) en Bélgica como una herramienta clínica y de investigación que permite valorar la percepción de la voz tanto desde la experiencia del propio niño como desde la mirada de sus padres o cuidadores.

El cuestionario explora síntomas físicos, funcionales y socioemocionales asociados a distintos usos de la voz hablada, cantada, proyectada y gritada. Consta de 31 ítems organizados en 19 preguntas principales, algunas con subapartados (a, b, c, d) que abarcan diversos contextos comunicativos, como hablar, leer, cantar o jugar.

La versión infantil utiliza círculos pictóricos que facilitan la autoexpresión, mientras que la versión para padres emplea una escala tipo Likert. Las opciones de respuesta incluyen cuatro categorías (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = casi siempre; “siempre”) con apoyos visuales. Para el análisis, ambas versiones se codifican de manera tricotómica (0–2): 0 = nunca; 1 = a veces; 2 = casi siempre/siempre. La puntuación total se obtiene mediante suma directa, con un rango posible de 0 a 62 puntos por versión.

El instrumento cuenta con dos versiones paralelas:

- QSV-N: autorreporte infantil de síntomas vocales.
- QSV-P: informe parental (*proxy*) sobre los síntomas vocales del niño.

Procedimiento

Los padres completaron la versión QSV-P en un espacio tranquilo, sin la presencia del niño, para minimizar la influencia recíproca en las respuestas. En paralelo, los niños completaron la versión QSV-N con acompañamiento del evaluador únicamente para lectura y aclaración de términos, sin sugerir respuestas. Se enfatizó la importancia de responder en función de la experiencia habitual del niño en las últimas semanas.

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Facultad de Odontología "Santo Tomás de Aquino" – Universidad Nacional de Caaguazú (R001/2024) y por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Museo Social Argentino. El estudio se ajustó a los principios éticos internacionales para la investigación en humanos y a los marcos de derechos de la niñez (World Health Organization, 2001; UNICEF, 2010).

Análisis estadístico

Los datos fueron registrados en planillas electrónicas y se realizó un control de calidad para detectar valores atípicos y posibles errores de carga. Para este artículo se trabajó con 120 díadas Niño–Padre ($N = 120$).

En primer lugar, se calcularon estadísticos descriptivos (media y desviación estándar) de las puntuaciones de niños y padres para el puntaje total y los dominios físico, funcional y emocional del QSV-ES-PY. La equivalencia Niño–Padre se evaluó mediante diferentes aproximaciones complementarias: a) el coeficiente de correlación intraclase (CCI), utilizando un modelo de dos vías mixto, tipo consistencia y medidas individuales (ICC(3,1)), tanto para el puntaje total como para los dominios; b) la correlación de Spearman (ρ) entre los puntajes totales de niños y padres, para describir la asociación monotónica entre ambas versiones; c) la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas para comparar las puntuaciones totales Niño–Padre, acompañada del cálculo del tamaño de efecto ($r = |Z|/\sqrt{N}$); d) un análisis ítem por ítem entre versiones, también mediante pruebas de Wilcoxon.

Asimismo, se exploraron correlaciones de Spearman entre las puntuaciones parentales del QSV-ES-PY y la severidad vocal infantil (disfonía/eufonía), con el objetivo de valorar la validez convergente de la versión proxy. Se adoptó un nivel de significación de $p < 0,05$ (bilateral) para todas las pruebas.

RESULTADOS

Resultados – Concordancia y equivalencia entre los informes de niños y padres.

Descriptivos niño–padre (total y dominios)

Las puntuaciones del QSV-ES-PY obtenidas por los niños y por sus padres, tanto en el puntaje total como en los dominios físico, funcional y emocional. En todos los casos, los niños reportaron medias más elevadas que los padres.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los puntajes de niños y padres en el QSV-ES-PY

Variable	n	Media niños	DE niños	Media padres	DE padres
Puntaje total	120	19,83	10,78	9,36	10,85
Dominio físico	120	0,81	0,72	0,50	0,62
Dominio funcional	120	0,65	0,80	0,16	0,41
Dominio emocional	120	0,61	0,78	0,16	0,43

Nota: Valores de media y desviación estándar (DE) de las puntuaciones del QSV-ES-PY en niños y padres. La escala por ítem oscila entre 0 y 2, donde valores más altos indican mayor presencia de síntomas vocales.

Discrepancia global entre autorreporte infantil y proxy parental

El análisis pareado mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon mostró que los niños reportaron significativamente más síntomas vocales que sus padres en el puntaje total del QSV-ES-PY ($Z = -7,26$; $p < 0,001$; $r = 0,66$), indicando una discrepancia sistemática niño > padre. En aproximadamente 29 de los 31 ítems, los niños informaron mayor frecuencia o intensidad de síntomas que los padres.

Tabla 2. Diferencias niño–padre en el puntaje total del QSV-ES-PY (prueba de Wilcoxon)

Variable	Z	p	r
Puntaje total QSV-ES-PY	-7,26	< 0,001	0,66

Nota: Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas. El tamaño del efecto se calculó como $r = |Z|/\sqrt{N}$, donde $N = 120$ diadas.

Concordancia y asociación global niño–padre

La concordancia entre las puntuaciones totales Niño–Padre, evaluada mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), fue baja, con un CCI = 0,27 (intervalo de confianza del 95 %: 0,10 a 0,43; $p = 0,001$). De manera complementaria, la correlación de Spearman entre las puntuaciones totales Niño–Padre fue débil pero significativa ($\rho = 0,22$; $p = 0,018$), lo que sugiere que, aunque los puntajes tienden a variar en la misma dirección, la fuerza de la asociación es limitada.

Tabla 3. Concordancia y asociación entre las puntuaciones totales de niños y padres en el QSV-ES-PY.

Variable	n	CCI (ICC[3,1])	IC 95 % CCI	p (CCI)	p de Spearman	p (p)
Puntaje total QSV-ES-PY	120	0,27	0,10 – 0,43	0,001	0,22	0,018

Nota: CCI estimado mediante modelo de dos vías mixto, tipo consistencia y medidas individuales (ICC[3,1]). La correlación de Spearman (ρ) evalúa la asociación monotónica entre las puntuaciones de niños y padres.

Análisis por dominios

Al analizar los dominios físico, funcional y emocional, se observó nuevamente que los niños obtuvieron medias superiores a las de los padres. La concordancia niño–padre también fue baja en todos los dominios, con CCI de 0,06 para el dominio físico, 0,10 para el funcional y 0,13 para el emocional.

Tabla 4. Coeficiente de correlación intraclass por dominio del QSV-ES-PY (niños y padres)

Dominio	n	CCI (ICC[3,1])	IC 95 % CCI	p
Físico	120	0,06	−0,12 – 0,24	0,24
Funcional	120	0,10	−0,08 – 0,27	0,14
Emocional	120	0,13	−0,05 – 0,31	0,07

Nota: CCI por dominios del QSV-ES-PY, estimados mediante modelo de dos vías mixto, tipo consistencia y medidas individuales (ICC[3,1]). IC 95 %: intervalo de confianza del 95 %.

Validez convergente del proxy parental con la severidad vocal infantil

Las correlaciones entre los puntajes parentales del QSV-P y la condición vocal infantil (disfonía/eufonía) fueron positivas y de magnitud débil, con coeficientes de Spearman entre $\rho = 0,19$ y $\rho = 0,24$ ($p = 0,036$ – $0,007$). Este patrón sugiere que el informe parental refleja parcialmente la severidad vocal del niño, aunque no la captura en su totalidad (ver Tabla 5).

Tabla 5. Correlaciones entre dimensiones parentales del QSV-ES-PY y condición vocal infantil (Spearman)

Dimensión parental (QSV-P)	ρ de Spearman	p	n
Dominio físico	0,19	0,036	120
Dominio funcional	0,22	0,015	120
Dominio emocional	0,24	0,007	120

Nota: Correlaciones de Spearman (bilateral) entre los puntajes parentales del QSV-ES-PY y la condición vocal infantil (0 = eufónico; 1 = disfónico). Las correlaciones positivas indican mayor presencia de síntomas en los casos disfónicos.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran una discrepancia sistemática entre el autorreporte infantil y el proxy parental del QSV-ES-PY. Los niños informaron una mayor carga de síntomas vocales que sus padres, con un tamaño de efecto grande en el puntaje total. Este patrón ha sido ampliamente descrito en la literatura sobre PROMs pediátricos, donde la concordancia suele ser limitada en dominios internos o subjetivos^(8,6,5,7,18). Asimismo, investigaciones sobre calidad de vida señalan que los niños tienden a puntuar peor que los adultos en aspectos emocionales, mientras que los padres suelen mostrar mayor acuerdo en dimensiones físicas y observables^(19,20).

En el campo de la voz pediátrica, estudios que emplearon instrumentos como el pVHI, PVRQOL y PVSQ también han encontrado que los niños reportan más síntomas y mayor impacto vocal que sus padres^(12,13,21,22,14,23,24,10,11). Los resultados obtenidos con el QSV-ES-PY se alinean con esta tendencia, lo que refuerza que ambas versiones captan perspectivas complementarias pero no equivalentes del impacto vocal.

Si bien las mayores discrepancias se concentraron en sensaciones internas, un hallazgo destacable es que el dominio emocional presentó la concordancia relativamente más alta (CCI = 0,13) en comparación con los dominios físico (CCI = 0,06) y funcional (CCI = 0,10), aunque todas las magnitudes fueron débiles. Este patrón contrasta parcialmente con lo reportado en la literatura, donde el acuerdo suele ser menor en los aspectos emocionales. En la muestra analizada, las manifestaciones socioemocionales parecen haber sido más visibles para los padres que las sensaciones físicas internas, que los niños reportaron con mayor intensidad. Este resultado sugiere la influencia de factores culturales y contextuales en la forma en que los adultos interpretan el impacto vocal infantil.

Desde una perspectiva clínica, este patrón refleja la complementariedad inherente a ambas miradas: los niños captan mejor las sensaciones internas y los cambios sutiles en su voz, mientras que los padres se apoyan en señales audibles o conductuales (29,30). Ello coincide con estudios que indican que los adultos tienden a subestimar síntomas emocionales y sensaciones internas, y a sobreestimar limitaciones visibles^(18,20).

En conjunto, los resultados confirman que las versiones Niño y Padre del QSV-ES-PY no son intercambiables y deben emplearse de manera complementaria, tal como recomiendan las guías metodológicas de PROMs pediátricos^(5,30,20) y el modelo biopsicosocial centrado en la persona^(31,32,33,16). En el contexto paraguayo, el QSV-ES-PY aporta una herramienta novedosa que permite explorar explícitamente la divergencia entre ambas perspectivas, fenómeno que la literatura reconoce como clínicamente relevante^(19,20).

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la ausencia de análisis de moderadores potenciales del acuerdo niño–padre, como edad, sexo o comorbilidades (18,25). Futuras investigaciones deberían examinar estos factores y evaluar longitudinalmente cómo varía la concordancia en el tiempo y en respuesta a intervenciones terapéuticas.

CONCLUSIONES

El presente estudio, derivado de la adaptación y validación del QSV-ES-PY, permite concluir que:

Los niños reportan sistemáticamente más síntomas vocales que sus padres, con una diferencia de magnitud grande en el puntaje total (Wilcoxon, r grande), lo que indica una discrepancia clínicamente relevante en la percepción de la voz.

La discrepancia se extiende a la mayoría de los ítems y dominios: en casi todos los ítems las puntuaciones infantiles son superiores a las parentales, y los CCI para el puntaje total y los dominios físico, funcional y emocional se sitúan en rangos bajos, lo que evidencia un grado de concordancia limitado entre versiones.

La relación Niño–Padre es positiva pero modesta: la correlación de Spearman entre los puntajes totales es débil, al igual que las correlaciones entre los puntajes

parentales del QSV-ES-PY y la severidad vocal infantil. Esto sugiere que el informe de los padres refleja parcialmente el impacto vocal del niño, pero no lo captura en su totalidad.

Las versiones Niño y Padre del QSV-ES-PY no son equivalentes ni intercambiables; más bien aportan perspectivas complementarias sobre la problemática vocal, combinando la experiencia subjetiva del niño con la observación del adulto responsable.

En consecuencia, se recomienda utilizar de manera conjunta el autorreporte infantil y el proxy parental en la evaluación vocal pediátrica, tanto en contextos escolares como clínicos, especialmente cuando se toman decisiones diagnósticas o terapéuticas basadas en PROMs. Integrar ambas fuentes de información permite una comprensión más completa del impacto de la disfonía en la vida cotidiana del niño y de su familia.

Financiación

El estudio no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Declaro no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carding PN, Roulstone S, Northstone K. The prevalence of childhood dysphonia: a cross-sectional study. *J Voice*. 2006; 20(4): 623–30.
2. Tavares ELM, Brasolotto AG, Santana MF, Padovan CAB, Martins RHG. Epidemiologic study of dysphonia in children. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011; 77(6): 736–46.
3. Martins RHG, do Amaral HA, Tavares ELM, Martins MG, Gonçalves TM, Dias NH. Voice disorders: etiology and diagnosis. *Journal of Voice*. 2016;30(6): 761.e1–761.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.09.017>
4. Torres ALCP, Ribeiro YF, Caprini EC, Ribeiro VV. Prevalence of dysphonia in children: a systematic review and meta-analysis. *J Voice*. 2024; Epub ahead of print. doi:10.1016/j.jvoice.2024.11.003.
5. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy NK. Assessment of health-related quality of life in children. *Value Health*. 2004; 7(1): 79–92.
6. De Civita M, Regier D, Alamgir AH, Anis AH, FitzGerald MJ, Marra CA. Evaluating health-related quality-of-life studies in pediatric populations. *Pharmacoeconomics*. 2005; 23 (7): 659–85.
7. Morris C, Gibbons E, Fitzpatrick R. Child and parent reported outcome measures: a scoping report focusing on feasibility for routine use in the NHS. Oxford: University of Oxford; 2009.
8. Cremeens J, Eiser C, Blades M. Factors influencing agreement between child self-report and parent proxy reports on the PedsQL. *Health Qual Life Outcomes*. 2006; 4: 58.
9. Khanna D, Khadka J, Mpundu-Kaambwa C, Lay K, Russo R, Ratcliffe J. Are we agreed? Self- versus proxy-reporting of paediatric health-related quality of life using generic preference-based measures: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics*. 2022; 40 (11): 1043–67.

10. Stojanovic J, Veselinovic M, Jevtic M, Jovanovic M, Nikolic D, Kuzmanovic Pficer J, et al. Assessment of life quality in children with dysphonia using modified Pediatric Voice-Related Quality of Life Questionnaire in Serbia. *Children (Basel)*. 2023; 10(1): 125.
11. Brower A. A profile of the self-reported psychosocial impact of pediatric voice disorders using PROMs. *J Voice*. In press 2025.
12. Zur L, Cotton S, Kelchner L, Baker S, Weinrich B, Lee L. Pediatric Voice Handicap Index. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007; 71(1): 77–82.
13. Boseley ME, Cunningham MJ, Volk MS, Hartnick CJ. Validation of the Pediatric Voice-Related Quality-of-Life survey. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006; 132(7): 717–20.
14. Verduyck I, Remacle M, Jamart J, Morsomme D. Voice-related complaints in the pediatric population. *J Voice*. 2011; 25(3): 373–80.
15. Verduyck I, Morsomme D, Remacle M. Validation and standardization of the Pediatric Voice Symptom Questionnaire. *J Voice*. 2012; 26(4): e129–39.
16. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
17. UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2010.
18. Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Res*. 2001; 10(4): 347–57.
19. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton V, Tebe C, Izaguirre J, et al. Concordancia entre padres e hijos en la calidad de vida relacionada con la salud en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: estudio longitudinal. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 70(6): 553–61.
20. Rajmil L, Rodríguez López A, López-Aguilá S, Alonso J. Parent-child agreement on health-related quality of life (HRQOL): a longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11: 101.
21. Lima L, Behlau M. Pediatric Vocal Symptoms Questionnaire (PVSQ): Four new versions for parental evaluation and self-evaluation. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020; 131: 109816. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.109816.
22. Ribeiro LL, Verduyck I, Behlau M. Vocal symptoms in pediatric population: Validation of the Brazilian version of the Pediatric Vocal Symptoms Questionnaire. *CoDAS*. 2019; 31(5): e20180225. doi: 10.1590/2317-1782/20192018225.
23. Sanz L, Bau P, Arribas I, Rivera T. Adaptation and validation of Spanish version of the pediatric Voice Handicap Index (P-VHI). *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2015; 79(9): 1439–43. doi: 10.1016/j.ijporl.2015.06.021.
24. Ribeiro LL, Paula KMP, Behlau M. Qualidade de Vida em Voz na População Pediátrica: validação da versão brasileira do Protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico. *CoDAS*. 2014; 26(1): 87–95. doi: 10.1590/S2317-17822014000100013.
25. Upton P, Lawford J, Eiser C. Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Qual Life Res*. 2008; 17(6): 895–913. doi:10.1007/s11136-008-9350-5.
26. Connor NP, Cohen SB, Theis SM, Thibeault SL, Heatley DG, Bless DM. Attitudes of children with dysphonia. *J Voice*. 2008; 22(2): 197–209.
27. Fujiki RB, Thibeault SL. Pediatric Voice Therapy: How Many Sessions to Discharge? *Am J Speech Lang Pathol*. 2022; 31(6): 2663–74. doi:10.1044/2022_AJSLP-22-00111.
28. Fujiki RB, Thibeault SL. Caregiver-reported pediatric voice problems. *J Speech Lang Hear Res*. 2024; 67(1): 146–60. doi: 10.1044/2023_JSLHR-23-00212
29. Quittner AL, Modi AC, Lemanek KL, Ievers-Landis CE, Rapoff MA. Evidence-based assessment of adherence to

-
- medical treatments in pediatric psychology. *J Pediatr Psychol.* 2008; 33 (9): 916–36.
doi: 10.1093/jpepsy/jsm064.
30. Bartz R. Beyond the biopsychosocial model: new approaches to doctor–patient interactions. *J Fam Pract.* 1999; 48(8): 601–7.
31. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med.* 2004; 2(6): 576–82.
32. Dall'Oglio I, Gasperini G, Carlin C, Biagioli V, Gawronski O, Spitaletta G, et al. Self-care in pediatric patients with chronic conditions: a systematic review of theoretical models. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18 (7): 3513.
doi: 10.3390/ijerph18073513.