



Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Madrid

<https://repositorio.uam.es>

Esta es la **versión de autor** del artículo publicado en:

This is an **author produced version** of a paper published in:

Medicina Clínica 141.12 (2013): 522-526

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.09.048>

Copyright: © 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved

El acceso a la versión del editor puede requerir la suscripción del recurso

Access to the published version may require subscription



MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Original

Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España

Gema Pérez-Rojo^{a,*}, María Izal^b, Ignacio Montorio^b, Pilar Regato^{c,d} y Juan Manuel Espinosa^d

^a Departamento de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

^b Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^c Centro de Atención Primaria Delicias, Madrid, España

^d Centro de Atención Primaria El Palo, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de marzo de 2012

Aceptado el 13 de septiembre de 2012

On-line el xxx

Palabras clave:

Malos tratos

Personas mayores

Prevalencia

Centros de Atención Primaria

Centros de Servicios Sociales

RESUMEN

Fundamento y objetivo: Aunque los malos tratos hacia las personas mayores no son un fenómeno nuevo, continúa estando oculto. A pesar de que se han realizado diversos estudios sobre prevalencia en diferentes países, los resultados de estos solo pueden ser utilizados como datos orientativos. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de malos tratos en personas mayores sin deterioro cognitivo residentes en el ámbito comunitario que acudían a Centros de Atención Primaria o de Servicios Sociales.

Pacientes y método: Se realizó un estudio transversal en el que participaron 340 personas mayores. **Resultados:** Se ha encontrado una prevalencia de malos tratos del 12,1%, siendo el tipo más frecuente el psicológico y siendo frecuente la presencia simultánea de diferentes tipos (maltrato psicológico y físico y sexual). Los malos tratos son más frecuentes en mujeres y los responsables son con mayor frecuencia los cónyuges.

Conclusiones: Los datos obtenidos permiten avanzar en el conocimiento de los malos tratos hacia personas mayores en España, donde los precedentes de investigación en este área son aislados. No obstante, la cifra estimada de prevalencia de malos tratos no debe caer dentro del alarmismo social ni, por el contrario, en una «dejadez social».

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prevalence of elder abuse in Spanish dwelling in community

ABSTRACT

Keywords:

Elder abuse

Elder people

Prevalence

Primary Health Care centres

Social Services centres

Background and objective: Although elder abuse is not a new phenomenon, it remains hidden. There have been carried out various preliminary studies about the prevalence of elder abuse in different countries. The aim of this study is to estimate the prevalence of suspicion of elder abuse in old persons without cognitive impairment, dwelling in community, who were attended in Primary Health Care or Social Services Centres.

Patients and method: We carried out a transverse study in which 340 elders participated.

Results: We found a 12.1% prevalence of suspicion of elder abuse. Psychological abuse suspicion was the most frequent type and it was very common the simultaneous presence of different types of abuse (psychological and physical and sexual). The suspicion of elder abuse was more frequent in women and spouses were responsible in a high great frequency.

Conclusions: The information obtained allows advancing in the knowledge of elder abuse in Spain, where the research about this issue is poor. However, the prevalence found neither has to be considered as a social alarm nor as a social slackness.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gema.perezrojo@ceu.es (G. Pérez-Rojo).

Introducción

Actualmente, los malos tratos hacia las personas mayores se han revelado como un gran problema social, captando, cada vez en mayor medida, el interés de nuestra sociedad y, especialmente, de los profesionales de las ciencias sociales y de la salud. No obstante, al igual que sucedió en otros países, España en un primer momento centró sus esfuerzos en otro tipo de malos tratos, como el infantil y de género.

El creciente interés por el tema de los malos tratos hacia las personas mayores también se asocia al progresivo y rápido aumento del número de estas, en especial del grupo de personas de 85 años o más¹⁻³, que puede influir en el aumento del porcentaje de personas mayores maltratadas. En este grupo de población es muy probable que, en algún momento y en mayor o menor grado, aparezca la dependencia, necesitando la ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida diaria (AVD). Esta situación puede crear estrés en el cuidador y, a su vez, favorecer el maltrato o la negligencia¹. Aunque las consecuencias a corto, medio y largo plazo para la salud y el bienestar de las personas mayores que lo sufren son muy importantes, continúa siendo un fenómeno oculto, presentando una baja tasa de detección.

A pesar de que en los últimos años se ha producido un incremento de los estudios de prevalencia de malos tratos hacia las personas mayores en diferentes países y contextos, los resultados son solo orientativos y no existe aún una estimación precisa de la tasa de malos tratos. Este desconocimiento se debe principalmente a la carencia de una definición universal y a la propia existencia de barreras que dificultan la detección de posibles situaciones de malos tratos, lo que ha llevado a calificarlo como «fenómeno iceberg»⁴. Por otra parte, es difícil comparar y generalizar los resultados de diferentes estudios sobre prevalencia realizados debido a que los objetivos y metodologías empleados en ellos son muy distintos⁵⁻⁷. Las diversas dificultades de evaluación que surgen en este tema tan delicado y complejo afectan de manera directa al estudio de la prevalencia de este problema, lo que limita, de momento, la generalización de las estimaciones realizadas. Concretamente, uno de los estudios realizados en España, llevado a cabo por Risco et al.⁸, estableció una prevalencia de malos tratos del 52,6%. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece unas cifras de malos tratos en la comunidad de alrededor del 3%, y de hasta el 25% en personas mayores dependientes⁹.

Es necesario, además, destacar que, aunque los malos tratos hacia las personas mayores tienen lugar en diferentes ámbitos tales como el comunitario o institucional, actualmente se considera que es en el ámbito doméstico donde estas situaciones se producen con mayor frecuencia y donde también es más difícil de combatir¹⁰.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es estimar, mediante un estudio multicéntrico, la prevalencia de maltrato físico y sexual, psicológico, económico y/o negligencia en personas mayores sin deterioro cognitivo residentes en el ámbito comunitario en España en los 2 entornos en que puede más fácilmente detectarse: centros de Atención Primaria y de Servicios Sociales.

Pacientes y método

Participantes

En el estudio participaron 338 personas mayores que acudían a centros de Servicios Sociales o Atención Primaria (134 varones [39,6%] y 204 mujeres [60,4%]), reclutados durante el año 2007-2008, con una edad media (DE) de 74,54 (6,64) años. La muestra fue de conveniencia. Los participantes fueron seleccionados en base a

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra

	N	Porcentaje
<i>Provincia</i>		
Madrid	164	48,5
Málaga	43	12,7
San Sebastián	131	38,8
<i>Centro</i>		
Atención Primaria	109	32,2
Servicios Sociales	229	67,8
<i>Sexo</i>		
Varón	134	39,6
Mujer	204	60,4
<i>Edad, años</i>		
60-74	183	54,1
75-84	129	38,2
85 y más	26	7,7

los siguientes criterios de inclusión: edad mínima de 65 años, residir en el ámbito comunitario y no presentar deterioro cognitivo. En cualquier caso, la participación fue voluntaria y no estuvo recompensada económicamente. Finalmente, se garantizó la confidencialidad de la información obtenida y cada participante firmó un consentimiento informado. En la **tabla 1** se presentan los datos sociodemográficos de la muestra.

Debido a las características del estudio, no fue posible conseguir una participación más equitativa entre las diferentes provincias y entre los diferentes tipos de centros, sanitarios y sociales. En el estudio participaron un total de 10 centros de Atención Primaria (6 en Madrid y 4 en Málaga) y 9 de Servicios Sociales (2 en Madrid, 3 en Málaga y 4 en San Sebastián).

Variables

En primer lugar, y teniendo en cuenta que uno de los criterios de inclusión en el estudio es no presentar deterioro cognitivo, se evaluó a todos los participantes mediante el *Mini-Examen Cognoscitivo* (MEC¹¹). Para la evaluación de los malos tratos se ha utilizado el *Formulario de Evaluación de Trabajo Social* (FETS¹²), validado al castellano en un estudio previo¹³. El FETS es una entrevista estandarizada para evaluar a personas mayores en riesgo de sufrir malos tratos e incluye variables biopsicosociales (como historia social, episodios vitales, dinámica familiar, salud física y mental de la persona mayor y otras personas significativas para ella), AVD básicas e instrumentales, actividades sociales y nivel económico. También introduce preguntas específicas sobre maltrato físico, sexual, psicológico, negligencia y abuso económico. Además, contiene una valoración observacional de la apariencia de la persona mayor y del entorno en el que vive. Finalmente, el evaluador emite un juicio tras la aplicación del cuestionario señalando si existen o no malos tratos¹³.

Diseño y procedimiento

Para la consecución del objetivo propuesto se ha realizado un estudio transversal y multicéntrico en centros de Atención Primaria y Servicios Sociales de Madrid, Málaga y San Sebastián. Los profesionales de los centros de Servicios Sociales y de Atención Primaria, dentro de su rutina de trabajo cotidiana, seleccionaban al azar a personas mayores que acudían a estos centros como posibles participantes en el estudio. Como se ha apuntado anteriormente, se descartó la presencia de deterioro cognitivo a través de la aplicación del MEC, considerando una puntuación inferior a 24 indicativa de deterioro cognitivo¹¹. Psicólogas o trabajadoras sociales aplicaron el FETS en formato de

entrevista estandarizada, individual y privada. En un 1% de los casos la entrevista se realizó en presencia del acompañante. Todos los evaluadores fueron adecuadamente formados tanto a nivel teórico como en la aplicación de los instrumentos con el objetivo de unificar criterios de evaluación. La formación duró 8 h y fue impartida por los miembros del equipo de investigación.

Resultados

Tras el análisis de los resultados obtenidos se encontró que la prevalencia de malos tratos obtenida para la muestra total es del 12,1%. Además, se observa que el tipo más frecuente de malos tratos es el psicológico (11,5%), seguido del maltrato físico y sexual (2,95%), siendo menos frecuentes la negligencia (2,07%) y el abuso económico (1,11%). También se ha descubierto la presencia de malos tratos de forma simultánea, siendo la combinación más frecuente el psicológico y el maltrato físico y sexual (22%).

En la [tabla 2](#) se muestra la prevalencia de malos tratos para el total de la muestra y desglosados por sexo, edad categorizada, tipo de centro y provincia.

Los análisis realizados también revelaron características del responsable de los malos tratos. En primer lugar, se observó que el responsable más frecuente es la pareja (51,2%; 72,7% varones y 27,3% mujeres), seguido de los hijos/as (25,6%; 70% mujeres y 30% varones), desconocido (14%), hermano (7%) o un vecino (2,3%). En segundo lugar, en cuanto a la relación de parentesco del responsable de los malos tratos con la víctima, teniendo en cuenta los diferentes tipos de malos tratos, se encuentra que, en el caso de maltrato psicológico, el responsable más frecuente es la pareja (56,8%) seguido de los/as hijos/as (27%). Respecto al maltrato físico y sexual, nuevamente el responsable de maltrato más frecuente es la pareja (50% de los casos), seguido de los/as hijos/as (31,3%). Por lo que se refiere al abuso económico, se mantiene el mismo patrón en cuanto a frecuencia (pareja 62,5%; hijos/as 12,5%). Sin embargo, esta tendencia cambia cuando se trata de negligencia, siendo los responsables más frecuentemente los/as hijos/as (50%) en lugar de la pareja (33,3%).

En referencia a la detección de los malos tratos, se encuentran diferencias en el nivel de prevalencia encontrado en función del tipo de centro desde el que se evalúa, siendo la prevalencia de maltrato obtenida en centros de Servicios Sociales (13,1%; $n = 30$) algo superior a la encontrada en Atención Primaria (10,1%; $n = 11$), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. También se analizó la distribución de la prevalencia de malos tratos en función del tipo concreto del mismo y del ámbito en el que fue recogida la información. En la [tabla 3](#), donde se muestran los resultados de este análisis, se puede apreciar la existencia de una mayor prevalencia para cualquiera de los tipos de malos tratos cuando se evalúa desde los centros de Servicios Sociales, a excepción de la negligencia, cuya prevalencia es mayor al realizarse la evaluación en Atención Primaria.

Tabla 2

Prevalencia de malos tratos

	Prevalencia (%)	IC 95%
<i>Muestra total</i>	12,1	8,63-15,63
<i>Sexo</i>		
Varón	7,46	2,98-11,94
Mujer	15,2	10,24-20,15
<i>Edad, años</i>		
Hasta 74	12,57	7,73-17,40
75-84	13,18	7,30-19,06
85 y más	3,85	-3,72-11,41
<i>Provincia</i>		
Madrid	15,24	9,71-20,78
Málaga	9,30	0,49-18,12
San Sebastián	9,16	4,18-14,14
<i>Centro</i>		
Atención Primaria	10,1	4,39-15,79
Servicios Sociales	13,1	8,71-17,50

IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Discusión

Mediante este estudio se ha pretendido avanzar en el conocimiento del fenómeno de los malos tratos en nuestro país, donde, como se ha comentado previamente, los precedentes de la investigación en este área pueden considerarse, por el momento, poco concluyentes^{8,14-16}.

El objetivo del estudio, por tanto, era estimar la prevalencia de maltrato físico y sexual, psicológico, económico y/o negligencia en personas mayores sin deterioro cognitivo, residentes en el ámbito comunitario en España, que acuden a centros de Atención Primaria o de Servicios Sociales de Madrid, Málaga y San Sebastián.

La prevalencia de malos tratos obtenida fue del 12,1%. La tasa hallada en el estudio es superior a la encontrada en trabajos similares realizados en España. Por ejemplo, el Centro Reina Sofía contra la violencia (2008) encontró que un 0,8% de las personas mayores informaron estar siendo maltratadas por algunos de sus familiares a lo largo del año anterior, aumentando este porcentaje al 1,5% en personas mayores dependientes¹⁶. Recientemente, el Gobierno Vasco ha publicado los resultados de un estudio que revelan una prevalencia de malos tratos del 0,9%¹⁷. Sin embargo, otros estudios nacionales han mostrado tasas superiores, como el realizado por Risco et al. (2005), cuya tasa de prevalencia de malos tratos es del 52,6%⁸. También Pérez-Cárceles et al. (2009) encuentran una tasa de 44,6% de casos de malos tratos¹⁸ y Garre-Olmo et al. (2009) hallaron una prevalencia de malos tratos del 29,3%¹⁹. La tasa de prevalencia de malos tratos también es superior a la señalada por la OMS⁹. En cualquier caso, la comparación de diferentes estudios de prevalencia debe tomarse con cautela, ya que los trabajos varían en un número sustantivo de características.

Tabla 3

Prevalencia de maltrato por tipo de malos tratos y de centro

Tipo de malos tratos	Existencia de malos tratos	Atención Primaria		Servicios Sociales		
		N	%	N	%	
Psicológico	No	100	91,7	199	86,9	$\chi^2 = 1.697$; $p > 0,05$
	Sí	9	8,3	30	13,1	
Físico y sexual	No	108	99,1	220	96,1	$\chi^2 = 2.335$; $p > 0,05$
	Sí	1	0,9	9	3,9	
Negligencia	No	107	98,2	224	97,8	$\chi^2 = 0,044$; $p > 0,05$
	Sí	2	1,8	5	2,2	
Económico	No	109	100	225	98,3	$\chi^2 = 1.927$; $p > 0,05$
	Sí	0	0	4	1,7	

También se descubrió que el tipo más frecuente de malos tratos fue el psicológico, seguido del maltrato físico, siendo los menos frecuentes el abuso económico y la negligencia. Este resultado sitúa el estudio en la misma línea que otros realizados previamente, que señalan al maltrato psicológico como el más frecuente^{10,15,20,21}. En el estudio realizado por Yaffé et al.¹² también se encontró el maltrato psicológico como el tipo más frecuente.

Al igual que en estudios anteriores, también se encontró la presencia simultánea de diferentes tipos de malos tratos¹⁵. En este estudio, la combinación de maltrato más probable es aquella en la que aparece simultáneamente maltrato psicológico y físico. El maltrato psicológico está presente en más del 80% de todos los casos en los que existen malos tratos. Aunque sobre este tipo de maltrato es más difícil consensuar su presencia, ya que tiene un componente altamente subjetivo y límites difusos, su elevada comorbilidad con otros tipos de malos tratos puede servir para el profesional como una señal de alarma de que es altamente probable la existencia de otras formas de malos tratos.

Diferenciando las tasas de prevalencia por ámbito de evaluación, cuando esta se realizó en Servicios Sociales la prevalencia fue del 13,1%, y del 10,1% en Atención Primaria, detectándose con mayor frecuencia cualquier tipo de malos tratos en Servicios Sociales, a excepción de la negligencia, que fue más frecuente en Atención Primaria. Estos resultados pueden ser explicados, entre otras razones, por una posible diferencia en la sensibilización de los profesionales de cada contexto hacia los diferentes tipos de malos tratos. En cualquier caso, los resultados podrían indicar que en el ámbito sanitario serían idóneos los programas dirigidos al control de la negligencia hacia las personas mayores.

Los diferentes tipos de malos tratos fueron más comunes entre las mujeres. Este mismo resultado se ha encontrado en otros estudios^{8,14,15}. Entre las razones que podrían explicar este resultado estaría la que hace referencia a que realmente sea más frecuente hacia mujeres, o a que es más probable que la mujer necesite ayuda sociosanitaria, o bien a que es más probable que una mujer informe de que está siendo maltratada que un varón. Y respecto al responsable del maltrato, los cónyuges, seguidos de los hijos, fueron los responsables más frecuentes, como han establecido estudios previos⁷. Este resultado puede explicarse porque un porcentaje muy elevado de la muestra está casada.

Una de las principales limitaciones del estudio podría encontrarse en la composición de la muestra, que puede no ser representativa del grupo de personas mayores en la población española en general. En este sentido, la muestra seleccionada se compone mayoritariamente de personas que acuden voluntariamente a los centros de Atención Primaria y/o de Servicios Sociales, de ámbito urbano, independientes, o de personas con alguna dependencia, pero que no están recluidas en casa y/o no presentan dependencias importantes y/o graves, y esto puede suponer un sesgo respecto a los resultados encontrados. Debido a esto, sería de gran interés replicar este trabajo incluyendo a un grupo de personas mayores con situaciones de dependencia moderada a grave, que no pueden acudir a centros de Atención Primaria o Servicios Sociales, y de ámbito rural, para observar si los resultados obtenidos se mantienen.

Otra limitación a tener en cuenta es la distribución de la muestra, pues no es equitativa en cuanto a su tamaño por provincias ni por tipo de centros: sanitarios o sociales. Esto es importante a la hora de poder generalizar los resultados a la población de personas mayores en general.

Por otra parte, este estudio se ha realizado únicamente con personas mayores sin deterioro cognitivo, aunque es sabido que la

presencia de este en la persona mayor es un factor de riesgo significativo de malos tratos. Por tanto, los resultados obtenidos no deben ser extrapolados a la población de personas mayores en general.

Otra limitación, señalada también por Yaffé et al.¹², podría ser la ausencia de un criterio externo objetivo de maltrato. Según estos autores, «la barrera más significativa en el desarrollo preciso de instrumentos de *screening* y evaluación es la falta de un criterio estándar para el diagnóstico o validación del maltrato. La ausencia de un biomarcador o test clínico decisivo hace que el diagnóstico dependa de una serie de datos objetivos y subjetivos»¹². Esto es lo que ocurre en este estudio, donde el criterio externo para la detección del maltrato es subjetivo, basado en la opinión de un profesional.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los autores.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) por la financiación recibida para la realización de este proyecto, así como a la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), al Instituto Gerontológico Matía (INGEMA) y los diversos centros de personas mayores por su colaboración en el desarrollo de este proyecto.

Bibliografía

1. Fulmer T, Street S, Carr K. Abuse of the elderly: Screening and detection. *J Emerg Nurs*. 1984;10:131-40.
2. Baumhover LA, Colleen S. Abuse, neglect, and exploitation of older persons. Strategies for assessment and intervention. London: Health Professions Press; 1996.
3. Choi NG, Mayer J. Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *J Gerontol Soc Work*. 2000;33:5-25.
4. Jayawardena KM, Liao S. Elder abuse at end of life. *J Palliat Med*. 2006;9:127-36.
5. Schiamberg LB, Gans DM. Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *Int J Aging Hum Dev*. 2000;50:329-59.
6. Helfrich CA. Domestic abuse across the lifespan: The role of occupational therapy. Binghamton, NY: The Haworth Press Inc; 2001.
7. O'Keeffe M, Hills A, Doyle M, McCreadie C, Scholes S, Constantine R, et al. UK study of abuse and neglect of older people: Prevalence survey report. London: National Centre for Social Research; 2007.
8. Risco C, Paniagua MC, Jiménez G, Poblador MD, Molina L, Buitrago F. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en la población anciana. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:51-5.
9. OMS. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen:OMS; 2011.
10. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *Int J Nur Stud*. 2006;43:203-14.
11. Lobo A, Ezquerro J, Burgada FG, Sala JM, Seva A. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*. 1979;7:189-202.
12. Yaffé MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*. 2008;20:276-300.
13. Pérez-Rojo G, Izal M, Sancho MT. Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;45:213-8.
14. Bazo MT. Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:8-14.
15. Ruiz A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M, Requesens N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria*. 2001;27:331-4.

16. Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la violencia (Centro Reina Sofía); 2008.
17. Sancho M, Pérez-Rojo G, Barrio E, Yanguas JJ, Izal M. Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Donostia- San Sebastián: Gobierno Vasco; 2011.
18. Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereñíguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49:132–7.
19. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Juvinya D, Vilà A, Vilalta-Franch J. Frailty and Dependence in Girona Study Group. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57:815–22.
20. Yan E, Tang C. Elder abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Hong Kong Chinese families. *J Fam Violence*. 2004;19:269–77.
21. Cooney C, Howard R, Lawlor B. Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: Can we identify those at risk? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:564–71.